

A large, stylized graphic of a hand with five fingers, rendered in a light teal color against a darker teal background. The hand is positioned in the upper half of the page, with the palm facing downwards. The fingers are slightly spread, and the overall shape is soft and rounded.

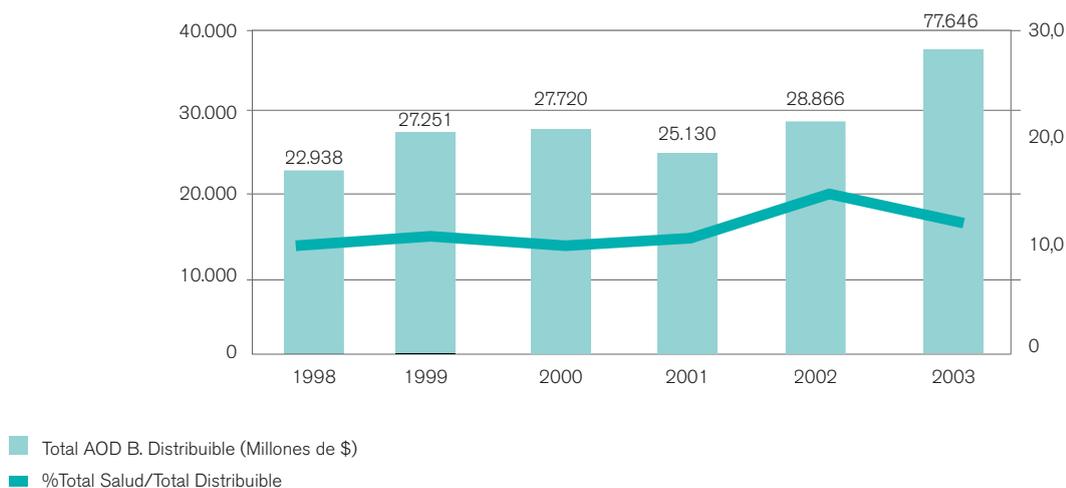
Anexos

I.	Presentación de la Estrategia: gráficos y tablas	131
II.	Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud	141
III.	Clasificación CRS de la AOD en salud	143
IV.	Indicadores de salud	145
V.	Indicadores de salud de las regiones de la Cooperación Española	153
VI.	Marco normativo	159
VII.	Marco institucional	185
VIII.	Líneas estratégicas y pautas de actuación	215
IX.	Notas de anexos	275



Anexo I. Presentación de la Estrategia: gráficos y tablas

Gráfico 1. Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD Bilateral distribuible bruta del CAD 1998-2003



Fuente: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus (2005). *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.*

Tabla 1: Globalización y Posibles Impactos sobre la Salud (ejemplos)

FACTOR GLOBAL	CONSECUENCIAS E IMPACTO	TEMPORALIDAD
Macroeconómico: Políticas Ajuste	Marginalización, pobreza	Corto plazo posible
Comercio: Tabaco, alcohol	Mayor marketing, uso y disponibilidad	Largo plazo
Viajes: Millones personas	Extensión enfermedades infecciosas	Gran incertidumbre
Migración (refugiados, desplazados) y rápido crecimiento demográfico	Conflictos étnicos y civiles y degradación medioambiental	Gran incertidumbre
(In)seguridad alimentaria	Escasez alimento en áreas marginalizadas	Corto plazo posible
Depleción recursos medioambientales (ej: agua)	Impacto sanitario medioambiental global y local	Largo plazo
Tecnología: ej protección patentes	No beneficios para el pobre	Gran incertidumbre
Políticas exteriores: auto-interés, xenofobia y proteccionismo	Amenaza al multilateralismo y cooperación global para cuestiones salud transnacional	Gran incertidumbre

Fuente: Yach, D, Bettcher D (1998) The Globalization of Public Health: Threats and Opportunities Am J Pub Health 88(5): 1-3

Tabla 2: Población, Fecundidad y Esperanza de Vida Estimada y Proyectada a nivel Mundial y por Regiones según Nivel de Desarrollo

	POBLACIÓN (MILLONES)			FECUNDIDAD (NIÑOS PROMEDIO/MUJER)		ESPERANZA DE VIDA (AÑOS)	
	Estimada		Proyectada	Estimada	Proyectada*	Estimada	Proyectada
	1950	2005	20501	2000-2005	2045-2050	2000-2005	2045-2050
Mundo	2 519	6 465	11 658	2,65	3,50	65,4	75,1
Regiones más desarrolladas	813	1 211	1 195	1,56	1,67	75,6	82,1
Regiones menos desarrolladas	1 707	5 253	10 463	2,90	3,69	63,4	74,0

Fuente: NNUU World Population Prospects: The 2004 Revision.

*Esta proyección asume una fecundidad constante

Tabla 3: Principales Causas Estimadas de Enfermedad y Mortalidad en el Mundo (Año 2002)

CARGA DE ENFERMEDAD			CARGA DE MORTALIDAD	
	Causa	%	Causa	%
1	Condiciones Perinatales	6,5	Cardiopatía sistémica	12,6
2	Infección respiratoria vías bajas	5,8	Enfermedad Cerebrovascular	9,6
3	VIH/SIDA	5,8	Infección respiratoria vías bajas	6,6
4	Desórdenes Depresivos unipolares	4,5	VIH/SIDA	4,9
5	Enfermedades Diarreicas	4,1	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	4,8
6	Cardiopatía sistémica	3,9	Condiciones Perinatales	4,3
7	Enfermedad cerebrovascular	3,3	Enfermedades Diarreicas	3,1
8	Malaria	3,0	Tuberculosis	2,8
9	Accidentes de tráfico	2,6	Cáncer traquea, bronquio, pulmón	2,2
10	Tuberculosis	2,4	Malaria	2,1
	Total	41,9	Total	53,0

Fuente: OMS. Carga Global de Enfermedad Revisada. Estimaciones 2002. Disponible: <http://www.who.int/>



Principales Causas Estimadas de Carga de Enfermedad en los Hombres y Mujeres en el Mundo (Año 2002)

	HOMBRES		MUJERES	
	Causa	%	Causa	%
1	Condiciones Perinatales	6,9	Condiciones Perinatales	6,2
2	VIH/SIDA	5,8	Infecciones respiratoria vías bajas	6,0
3	Infecciones respiratoria vías bajas	5,7	VIH/SIDA	5,7
4	Cardiopatía sistémica	4,4	Desórdenes depresivos unipolares	5,7
5	Enfermedades Diarreicas	4,1	Condiciones maternas	4,7
6	Accidentes de tráfico	3,5	Enfermedades Diarreicas	4,1
7	Desórdenes depresivos unipolares	3,4	Cardiopatía sistémica	3,4
8	Enfermedad cerebrovascular	3,3	Enfermedad cerebrovascular	3,3
9	Tuberculosis	2,9	Malaria	3,2
10	Malaria	2,8	Cataratas	2,0
11	Violencia	2,3	Sarampión	1,9
12	Desórdenes por el uso del alcohol	2,2	Anomalías Congénitas	1,9
13	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	2,0	Tuberculosis	1,8
14	Anomalías Congénitas	1,8	Pérdida de audición, comienzo adulto	1,8
15	Sarampión	1,7	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1,7
	Total	52,8	Total	53,4

Fuente: OMS. Carga Global de Enfermedad Revisada. Estimaciones 2002. Disponible: <http://www.who.int/>

Tabla 4: Carga de Enfermedad Mundial por problemas de Salud Sexual y reproductiva (%)

	POBLACIÓN TOTAL	MUJERES 15-44 AÑOS
Conjunto Problemas	18,0	32,0
Derivados de maternidad*	2,0	13,0
Perinatales**	7,0	
VIH/SIDA	6,0	14,0
Otros***	3,0	5,0

Fuente: Datos obtenidos de las estimaciones de Carga de Enfermedad de la OMS

*Hemorragia o sepsis del parto, parto obstruido, trastornos hipertensivos del embarazo y aborto realizado en malas condiciones

**Bajo peso al nacer, asfixia en el parto y trauma en el parto

***Se incluyen las ITS distintas del VIH/SIDA; la anemia por carencia de hierro en mujeres de entre 15 y 44 años; los cánceres de mama, de ovario, cervical y uterino; y las enfermedades genitourinarias, excluidas la nefritis y la nefrosis.

Tabla 5: Gasto de bolsillo en salud (dólares USA)

PAÍS (AÑO)	MUJERES	HOMBRES
Paraguay (96)	382	300
Brasil (96-97)	240	171
Dominicana (96)	163	141
Perú (97)	100	71

Fuente: OPS (2003). Género, salud y desarrollo en las Américas 2003

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.htm>

Tabla 6: Población que no conoce ninguna forma de prevención del VIH/SIDA. Bangladesh. Año 1996

MUJERES		HOMBRES	
Urbano	Rural	Urbano	Rural
56,5 %	76,0	31,2	57,8

Fuente: Baden S, Wach H (1998). Gender, HIV/AIDS transmission and impact: a review of issues and evidence. Briefing prepared for Swedish International development Cooperation Agency. Disponible en:

<http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=GenderHIVTrans.pdf&a=3131>

Tabla 7: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Seguimiento y grado de consecución.

OBJETIVO 4 - REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL												
META-5- REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL EN 2/3 PARA EL 2015												
	13- Mortalidad menores de 5 años				14- Tasa de mortalidad infantil				15- Niños vacunados contra el sarampión			
	(total x 1.000 n.v.)				(total x 1.000 n.v.)				(% niños 12-23 meses)			
	1990	2003	Meta 2015	% consecución	1990	2003	Meta 2015	% consecución	1990	2003	Meta 2015	% consecución
Mundo	95	86	32	15	64	57	21	17	73	77	100	15
Países de renta alta	10	7	3	49	8	5	3	50	83	92	100	53
Países de renta media y baja	103	87	34	24	69	59	23	23	72	76	100	12

(Continúa)



(Continúa)

Este de Asia y Pacífico	59	41	20	46	44	32	15	39	89	82	100	0
Europa y Asia Central	46	36	15	31	39	29	13	37	84	92	100	47
Latinoamérica y Caribe	53	33	18	58	43	28	14	52	76	93	100	71
Oriente medio y Norte de África	77	53	26	47	58	43	19	39	84	92	100	50
Asia del Sur	130	92	43	44	89	66	30	38	56	67	93	30
África Subsahariana	187	171	62	13	110	101	37	12	57	61	95	10

Fuente: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus (2005). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.

OBJETIVO 5- MEJORAR LA SALUD MATERNA (TOTAL X 100,000 NACIDOS VIVOS)			
META 6 : REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN 3/4 PARTES – 2015			
Indicadores	16-Mortalidad Materna (Total x 100,000 nacidos vivos)		
	1999*	2001/2002	*Meta estimada 2015
Norte de África	450	130	112
África Subsahariana	1100	920	275
Latinoamérica y el Caribe	190	190	47
Asia del Este	55	55	14
Asia Central y Meridional	410	520	102
Asia Sudoriental	300	210	72
Asia Occidental	230	190	57
Oceanía	260	240	65

Fuente: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus (2005). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.

OBJETIVO 6- META 7 DETENER Y COMENZAR A REDUCIR LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA				
Indicadores	SIDA: (%) 19-Tasa de uso de preservativos			
	19-a Uso de preservativo en la última relación sexual de riesgo. Edades 15-24 años 1998-2002		19-b Población con conocimientos acerca el VIH/SIDA. Edades 15-24 años 1998-2002	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
África Subsahariana	41	23	30	20
Latino América y Caribe	30	24	24	28
Asia del Este	-	-	-	32
Asia Central y Meridional	59	51	-	-
Asia Sudoriental	-	-	-	13
Asia Occidental	-	-	-	-
Países en Transición	61	27	8	5

Fuente: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus (2005). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.

OBJETIVO 6- META 8: DETENER Y COMENZAR A REDUCIR LA INCIDENCIA DEL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES GRAVES				
Indicadores	23- Prevalencia Total de casos x 100,000	23- Muertes x 100,000	24- Casos de TB detectados con el método DOTS* (%)	24- Casos de TB curados con el método DOTS (%)
TUBERCULOSIS				
Regiones	2002	2002	2002	2001
Países desarrollados	21	2	39	73
Norte de África	52	4	81	85
África Subsahariana	492	55	43	71
América Latina-Caribe	91	9	45	83
Asia del Este	265	20	28	96
Asia Central-Meridional	343	36	30	85
Asia Sudoriental	432	43	50	86

(Continúa)



(Continúa)

Asia Occidental	84	9	25	83
Oceanía	388	39	20	76
Países en Transición (Asia)	135	15	47	77
Países en Transición (Europa)	170	19	5	67

Fuente: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus (2005). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.
 *Directly Observed Treatment Short Course - Tratamiento a corto plazo centrado en la Observación Directa

Tabla 8: Limitaciones en los Sistemas de Salud de Países de Renta Media y Baja

NIVEL	EJEMPLOS DE LIMITACIONES
Doméstico y Comunitario	Falta de demanda y existencia de barreras (físicas, financieras, sociales) para el uso de los servicios.
Servicios de Salud	Escasez y distribución inadecuada de personal cualificado; aprovisionamiento inadecuado de medicamentos y material; carencia de equipamiento e instalaciones, incluyendo mala accesibilidad a los mismos
Dirección/ Gestión Política y Estratégica	Sistemas de planificación y gestión débiles y centralizados; políticas y sistemas de aprovisionamiento medicamentos débiles; regulación inadecuada; falta de acción intersectorial y de vínculos con la sociedad civil; débiles incentivos; dependencia de la financiación de los donantes; prácticas de los donantes que dañan las políticas del país
Políticas Públicas que implican otros sectores	Burocracia gubernamental (gestión centralizada remuneraciones y normativas de la administración pública; reformas de la administración); escasa disponibilidad de infraestructura de comunicación y transporte
Características del medio y contexto	1) Marco político: corrupción; debilidad gubernamental y del imperio de la ley; inestabilidad e inseguridad política; baja prioridad a sectores sociales; débiles estructura para la rendición de cuentas pública; 2) Medio físico poco favorable para el acceso y la prestación de servicios; 3) Condiciones climáticas y geográficas favorables a enfermedades

Fuente: Hanson K et al, eds.2 (2003). Expanding Access to Health Interventions in Low and Middle-Income Countries: Constraints and Opportunities for Scaling-Up Journal of International Development 15 (Special Issue): 1 – 131

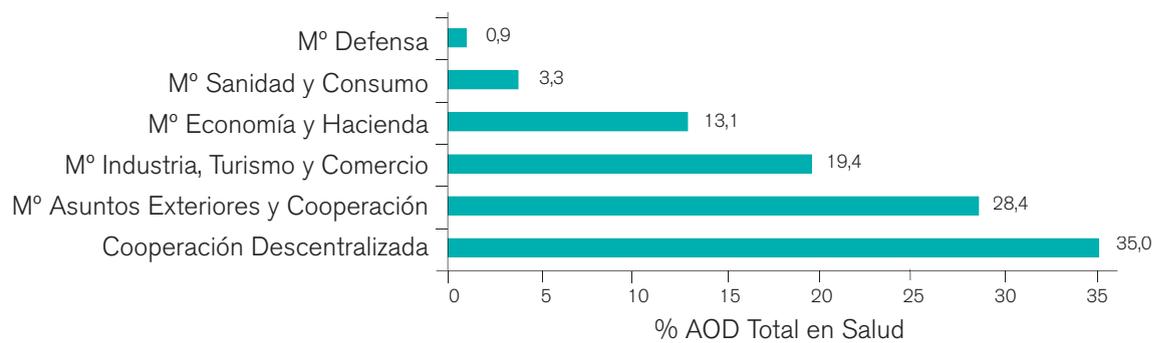
Tabla 9: Distribución de la AOD bilateral según componentes CRS, España 2003-2004 (€ y %)

SECTORES SALUD	2003 (€)	2003 (%)	2004 (€)	A 2004 (%)	B Variación 2003/2004
SALUD GENERAL					
Política Sanitaria y Gestión Administrativa	4.821.732,1	5	9.851.401,6	10,7	104,3
Enseñanza y Formación médica	1.309.553,7	1	2.252.869,4	2,5	72,0
Investigación médica	846.855,4	1	1.311.937,1	1,4	54,9
Servicios Médicos	10.173.843,9	11	7.096.957,9	7,7	-30,2
Total Salud General	17.151.985,1	18,4	20.513.166,0	22,3	19,6
SALUD BÁSICA					
Atención Sanitaria	14.051.537,9	15	15.180.458,3	16,5	8,0
Infraestructura Básica	38.884.631,9	42	32.641.768,7	35,5	-16,1
Nutrición Básica	3.550.712,0	4	2.466.682,6	2,7	-30,5
Control de Enfermedades Infecciosas	5.385.343,0	6	5.364.548,8	5,8	-0,4
Educación Sanitaria	1.609.520,0	2	2.270.804,0	2,5	41,1
Formación de personal sanitario	3.316.732,1	4	3.005.970,2	3,3	-9,4
Total Salud Básica	66.798.476,9	71,1	60.930.232,6	66,3	-8,8
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
Política sobre población y Gestión Administ.	127.310,5	0,1	67.172,3	0,1	-47,2
Atención en Salud Reproductiva	4.579.391,1	5	4.312.530,9	4,7	-5,8
Planificación familiar	0,0	x	7.601,3	0,01	
Lucha contra ETS (incl. :SIDA)	4.736.750,0	5	5.925.137,6	6,4	25,1



Formación para población y Salud Reproductiva.	32.571,4	0	166.366,7	0,2	410,8
Total S. Reproductiva	9.476.023,1	10,1	10.478.808,8	11,4	10,6
TOTAL SALUD	93.426.485,0	100	91.922.207,5	100	-1,6

Tabla 10: Distribución de la AOD total en salud según actores financiadores, España 2004



Fuente: Médicos del mundo, Medicus Mundi, Prosalus (2004). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.



Anexo II. Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud

ODM RELATIVOS AL SECTOR SALUD		
Objetivo: 4. Reducir la mortalidad infantil		
Meta: 5	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años	
	Indicador	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión
Objetivo: 5. Mejorar la salud materna		
Meta: 6	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	
	Indicador	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Objetivo: 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades		
Meta: 7	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	
	Indicador	18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años 19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA
Meta: 8	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves	
	Indicador	21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria 23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)
ODM RELACIONADOS INDIRECTAMENTE CON LA SALUD		
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos, y la autonomía de la mujer.		
Meta: 4	Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015.	
	Indicador	9. Relación entre niños y niñas en educación primaria, secundaria y superior. 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. 11. Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola. 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.		
Meta: 9	Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los planes nacionales, e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	

	Indicador	25. Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques. 26. Superficie de las tierras protegidas para mantener la diversidad biológica. 27. Producto Interior Bruto (PIB) por unidad de utilización de energía (representa el uso eficiente de la energía). 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) [Más dos indicadores de la contaminación atmosférica total: el agotamiento de la capa de ozono y la acumulación de gases de efecto invernadero].
Meta: 10	Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable.	
	Indicador	29. Porcentaje de población con acceso sostenible a una fuente de agua mejorada (rural o urbana).
Meta: 11	Mejorar considerablemente la vida de 100 millones de habitantes de chabolas para el año 2020.	
	Indicador	30. Porcentaje de población urbana con acceso a saneamiento mejorado. 31. Proporción de la población con derecho de seguro a la tenencia de la tierra.
Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo		
Meta: 17	En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo	
	Indicador	46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible
Meta: 18	En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC).	
	Indicador	47. Número de líneas de teléfono por 1.000 habitantes. 48. Número de computadoras personales por 1.000 habitantes.



Anexo III. Clasificación CRS de la AOD en salud

CÓDIGO		DESCRIPCIÓN	CONTENIDOS
CAD	CRS		
120			SALUD
121			SALUD GENERAL
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política Sanitaria y gestión administrativa, política de sanidad, ayuda para la planificación y la programación, ayuda para los Ministerios de Sanidad, administración de la sanidad pública, fortalecimiento y asesoramiento institucional, programa de cobertura y seguro médico, actividades de sanidad sin especificar.
	12181	Enseñanza/ Formación médica	Enseñanza médica y formación para servicios de nivel terciario.
	12182	Investigación médica	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica).
	12191	Servicios Médicos	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control de enfermedades no infecciosas, control del abuso de medicamentos y fármacos (excluyendo control y tráfico de estupefacientes).
122			SALUD BÁSICA
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programa de cuidados paramédicos y de enfermería; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para la atención sanitaria básica.
	12230	Infraestructura sanitaria básica	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios, así como el equipamiento correspondiente (excluyendo hospitales y clínicas especializados).
	12240	Nutrición básica	Programas directos para la alimentación, (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad tras el abandono de la leche materna, alimentación infantil y escolar); identificación de deficiencias de micronutrientes; suministro de vitamina A, yodo, hierro, etc.; seguimiento de las condiciones de nutrición; enseñanza de la nutrición y de la higiene alimentaria; seguridad alimentaria doméstica.
	12250	Control de enfermedades infecciosas	Vacunación; prevención y control del paludismo, tuberculosis, enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector (agente portador, como por ejemplo oncocercosis y bilharziosis) etc.
	12261	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12281	Formación de personal sanitario	Formación de personal sanitario para la asistencia sanitaria básica.

130	PROGRAMAS Y POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVAS		
	13010	Programas sobre población y gestión administrativa	Políticas demográficas y de desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos sobre inmigración emigración; análisis e investigación demográficas; investigación sobre salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13020	Atención en salud reproductiva.	Fomento de la salud reproductiva; cuidados prenatales y posparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión de las consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación, actividades de información; educación comunicación; distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ETS, incluido VIH/SIDA	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del SIDA, tales como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz, prevención, tratamiento y cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.
160	OTROS SERVICIOS E INFRAESTRUCTURAS SOCIALES		
	16064	Mitigación social de VIH/SIDA	Programas especiales para tratar las consecuencias de VIH/SIDA, ej. Ayuda social, legal y económica de la población con VIH/SIDA, incluyendo seguridad, empleo y alimentación; ayuda a los grupos vulnerables y a los niños huérfanos por VIH/SIDA, derechos humanos de las personas afectadas por VIH/SIDA.



Anexo IV. Indicadores de salud

La OMS, en su base estadística, dispone de datos correspondientes a algunos indicadores de salud adecuados para medir la situación de la salud en los distintos países y regiones. Es muy importante que se avance en el desarrollo de indicadores adecuados, para generar información en torno a cuestiones clave de la salud y del desarrollo: indicadores de inequidad en salud, indicadores de desempeño de los sistemas de salud, indicadores sensibles al género, indicadores sensibles al enfoque intercultural etc.

En este anexo se muestra una relación de los indicadores de salud que utiliza la OMS y, a continuación, los principales indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva, extraídos de la guía para programas y proyectos de SSR en África del programa VITA (de 2005).

INDICADORES DE SALUD DE LA OMS
INDICADORES DE MORTALIDAD
Esperanza de vida al nacer (años) varones
Esperanza de vida al nacer (años) mujeres
Esperanza de vida saludable al nacer (años) varones
Esperanza de vida saludable al nacer (años) mujeres
Probabilidad de morir (por 1.000 habitantes) entre los 15 y 60 años (tasa de mortalidad adultos) varones
Probabilidad de morir (por 1.000 habitantes) entre los 15 y 60 años (tasa de mortalidad adultos) mujeres
Probabilidad de morir (por 1.000 habitantes) por debajo de los 5 años de edad (tasa de mortalidad <5años) varones
Probabilidad de morir (por 1.000 habitantes) por debajo de los 5 años de edad (tasa de mortalidad <5años) mujeres
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)
Muertes debidas a tuberculosis entre personas VIH negativas (por 100.000 habitantes)
Muertes debidas a tuberculosis entre personas VIH positivas (por 100.000 habitantes)
Tasa de mortalidad, estandarizada por edad, para las enfermedades no comunicables (por 100.000 habitantes)
Tasa de mortalidad, estandarizada por edad, para las enfermedades cardiovasculares (por 100.000 habitantes)
Tasa de mortalidad, estandarizada por edad, para cáncer (por 100.000 habitantes)
Tasa de mortalidad, estandarizada por edad, para accidentes y lesiones (por 100.000 habitantes)
Años de vida perdidos, para enfermedades transmisibles (%)
Años de vida perdidos, para enfermedades no transmisibles (%)
Años de vida perdidos, para accidentes y lesiones (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a causas neonatales (%)

Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a VIH/SIDA (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a enfermedades diarreicas (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a sarampión (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a malaria (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a neumonía (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a accidentes y lesiones (%)
Muertes entre niños/as menores de cinco años debidas a otras causas (%)
Muertes neonatales debidas al tétanos (%)
Muertes neonatales debidas a la infección (%)
Muertes neonatales debidas a la asfixia (%)
Muertes neonatales debidas a diarrea (%)
Muertes neonatales debidas a enfermedades congénitas (%)
Muertes neonatales debidas a la prematuridad (%)
Muertes neonatales debidas a otras causas (%)
INDICADORES DE MORBILIDAD
Prevalencia de VIH en adultos entre 15 y 49 años (%)
Incidencia de tuberculosis (por 100.000 habitantes por año)
Prevalencia de tuberculosis (por 100.000 habitantes)
Número de casos confirmados de polio
INDICADORES DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Niños/as de un año inmunizados con una dosis de vacuna de sarampión (%)
Niños/as de un año inmunizados con tres dosis de vacuna DTP3 (difteria, toxoide tetánico y pertussis) (%)
Niños/as de un año inmunizados con tres dosis de vacuna de la hepatitis B (%)
Cobertura de cuidados prenatales -al menos una visita (%)
Cobertura de cuidados prenatales –al menos cuatro visitas (%)
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)
Tasa de uso de anticonceptivos (%)
Niños/as por debajo de cinco años que duermen con mosquiteras impregnadas de insecticida (%)
Personas con infección avanzada por VIH que reciben terapia combinada antirretroviral (%)
Tasa de casos de tuberculosis detectados con DOTS (%)
Casos de tuberculosis tratados exitosamente con DOTS (%)
Niños/as menores de cinco años con infección respiratoria aguda y fiebre que han recibido atención (%)
Niños/as menores de cinco años con diarrea que han recibido terapia de rehidratación oral (%)
Niños/as menores de cinco años con fiebre han recibido tratamiento antimalárico (%)



Niños/as de 6 a 59 meses que reciben suplementos de vitamina A (%)
Nacimientos por cesárea (%)
INDICADORES SOBRE FACTORES DE RIESGO
Niños/as menores de cinco años con bajo crecimiento para su edad (%)
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%)
Niños/as menores de cinco años con sobrepeso para su edad (%)
Recién nacidos con bajo peso al nacimiento (%)
Prevalencia de adultos (mayores de 15 años) con obesidad (%) varones
Prevalencia de adultos (mayores de 15 años) con obesidad (%) mujeres
Población con acceso sostenible a fuentes de aguas mejoradas (%) urbano
Población con acceso sostenible a fuentes de aguas mejoradas (%) rural
Población con acceso sostenible a fuentes de aguas mejoradas (%) total
Población con acceso sostenible a saneamiento mejorado (%) urbano
Población con acceso sostenible a saneamiento mejorado (%) rural
Población con acceso sostenible a saneamiento mejorado (%) total
Población que utiliza combustibles sólidos (%) urbano
Población que utiliza combustibles sólidos (%) rural
Población que utiliza combustibles sólidos (%) total
Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes (13-15 años) (%)
Prevalencia de consumo de tabaco en adultos (mayores de 15 años) varones
Prevalencia de consumo de tabaco en adultos (mayores de 15 años) mujeres
Uso de preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo (personas jóvenes de 15 a 24 años) (%) varones
Uso de preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo (personas jóvenes de 15 a 24 años) (%) mujeres
INDICADORES SOBRE SISTEMAS DE SALUD
Personal médico (número)
Personal médico (densidad por 1.000 habitantes)
Personal de enfermería (número)
Personal de enfermería (densidad por 1.000 habitantes)
Dentistas (número)
Dentistas (densidad por 1.000 habitantes)
Farmacéuticos (número)
Farmacéuticos (densidad por 1.000 habitantes)
Matronas y parteras (número)

Matronas y parteras (densidad por 1.000 habitantes)
Trabajadores/as de salud pública y medioambiental (número)
Trabajadores/as de salud pública y medioambiental (densidad por 1.000 habitantes)
Trabajadores/as de salud comunitarios (número)
Trabajadores/as de salud comunitarios (densidad por 1.000 habitantes)
Técnicos/as de laboratorio (número)
Técnicos/as de laboratorio (densidad por 1.000 habitantes)
Otros trabajadores/as de salud (número)
Otros trabajadores/as de salud (densidad por 1.000 habitantes)
Trabajadores/as de apoyo y gestión sanitaria (número)
Trabajadores/as de apoyo y gestión sanitaria (densidad por 1.000 habitantes)
Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interior Bruto
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud
Gasto del sector privado en salud como porcentaje del gasto total en salud
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total del gobierno
Recursos externos en salud como porcentaje del gasto total en salud
Gasto de la Seguridad Social en salud como porcentaje del gasto general del gobierno en salud
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud.
Planes privados de pre-pago como porcentaje del gasto privado en salud
Gasto per capita total en salud al tipo de cambio medio en US \$
Gasto per capita total en salud al cambio internacional del \$ US
Gasto per capita del gobierno en salud al tipo de cambio medio en US \$
Gasto per capita del gobierno en salud al cambio internacional del \$ US
Cobertura del registro de mortalidad (%)
Número de camas hospitalarias (por 10.000 habitantes)
INDICADORES DE INEQUIDAD EN SALUD
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) rural
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) urbano
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) razón rural-urbano
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) quintil más pobre
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) quintil más rico
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) razón quintil más pobre-quintil más rico
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) madre sin educación
Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) madre con educación superior



Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) razón madre sin educación-con educación superior
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%) rural
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%) urbano
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad, razón rural-urbano
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%) quintil más pobre
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%) quintil más rico
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad, razón quintil más pobre-quintil más rico
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%) madre sin educación
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad (%) madre con educación superior
Niños/as menores de cinco años con bajo peso para su edad, razón madre sin educación-con educación superior
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) rural
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) urbano
Partos atendidos por personal de salud cualificado, razón rural-urbano
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) quintil más pobre
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) quintil más rico
Partos atendidos por personal de salud cualificado, razón quintil más pobre-quintil más rico
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) madre sin educación
Partos atendidos por personal de salud cualificado (%) madre con educación superior
Partos atendidos por personal de salud cualificado, razón madre sin educación-con educación superior
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año (%) rural
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año (%) urbano
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año, razón rural-urbano
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año (%) quintil más bajo
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año (%) quintil más alto
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año, razón quintil más bajo-quintil más alto
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año (%) madre sin educación
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año (%) madre con educación superior
Cobertura de la inmunización contra sarampión en niños/as de un año, razón madre sin educación-con educación superior
INDICADORES DOMEGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS
Población (en millares) varones
Población (en millares) mujeres
Población (en millares) total

Tasa de crecimiento poblacional anual (%)
Población en áreas urbanas (%)
Tasa de fertilidad total (para mujeres)
Proporción de fertilidad en adolescentes (%)
Tasa de alfabetización en adultos (%)
Tasa neta de escolarización primaria. Varones
Tasa neta de escolarización primaria. Mujeres
Renta Nacional Bruta per capita en dólares
Población viviendo por debajo de la línea de la pobreza (% de la población viviendo con menos de 1 dólar al día)
Producto Interior Bruto per capita en dólares
PRINCIPALES INDICADORES SENSIBLES AL GÉNERO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
<p>Un indicador sensible al género es aquél que considera los principales factores que impulsan la desigualdad existente en la salud sexual y reproductiva de hombres y de mujeres. A continuación exponemos un conjunto de indicadores sensibles al género, que pueden ayudar en el diseño, seguimiento y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva.</p> <p>En muchas ocasiones, los datos sobre estos indicadores no estarán disponibles y será necesario construir un sistema de registro, así como adaptar los indicadores a la realidad concreta del contexto africano. Para adaptar los indicadores o idear otros nuevos, se ha de definir claramente qué es lo que se busca medir, para luego hacerlo con el mayor grado de concreción y claridad posible, teniendo en cuenta tanto la variable a medir como las características específicas de la zona</p>
INDICADORES GENERALES
1. Esperanza de vida al nacer, por sexo: se define como el promedio de años que le correspondería vivir al recién nacido/a si todos los años de vida de la cohorte a la que pertenece se repartieran por igual entre sus componentes.
2. Tasa global de fecundidad: Se define como el número medio de hijos que aportaría al final del período fértil cada mujer de una cohorte hipotética que, durante su etapa reproductiva (15 a 49 años) tuviera la fecundidad por edad de la población estudiada, y no estuviera sujeta a la mortalidad desde el nacimiento hasta el término de su período fértil.
3. Porcentaje destinado a salud sexual y reproductiva del presupuesto de salud.
4. Porcentaje de población con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por sexo.
5. Existencia de asociaciones de salud sexual y reproductiva
6. Número de mujeres y hombres en órganos de decisión, por 100
7. Porcentaje de mujeres y hombres en el mercado laboral formal
8. Tiempo dedicado a realización de tareas no remuneradas, por sexo.
9. Indicador de inclusión de la educación sexual y reproductiva en el proceso educativo: mención sobre la existencia de educación sexual en los currículos oficiales, en qué nivel del sistema educacional y cuántas jornadas escolares.
10. Porcentaje de mujeres y hombres escolarizados por niveles: primaria, secundaria, terciaria o universitaria.



INDICADORES DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL POST-PARTO

1. Índice de riesgo reproductivo: incluye fecundidad de las adolescentes, prevalencia de uso de anticonceptivos, atención prenatal, atención al parto prestada por un proveedor cualificado, anemia en las embarazadas, prevalencia en la infección del VIH/SIDA en las mujeres adultas, prevalencia en la infección del VIH/SIDA en los hombres adultos, política de aborto, tasa global de fecundidad, y razón de mortalidad materna.
2. Principales causas de mortalidad materna.
3. Principales enfermedades sufridas por hombres y mujeres en edad fértil.
4. Proporción de las mujeres en edad fértil (15-49 años) que sufren anemia.
5. Niveles de nutrición familiar y distribución de alimentos, diferenciado por sexo y edad.
6. Porcentaje de mujeres con acceso a servicios sanitarios, por edad.
7. Porcentaje de mujeres que forman parte de la plantilla sanitaria.
8. Porcentaje de mujeres embarazadas con control sanitario durante el embarazo y con asistencia sanitaria ante complicaciones.
9. Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado: partos atendidos en los servicios de salud, dividido por el total de nacimientos registrados en las estadísticas vitales, por 100.
10. Acceso a servicios de post-parto: número de mujeres que van a la consulta tras el parto, por cada 100.
11. Número registrado de casos de interrupción voluntaria del embarazo.
12. Indicador de fecundidad femenina juvenil: número de nacimientos de madres menores de 20 años, dividido por el total de mujeres entre 14 y 19 años, por 1.000.
13. Número de embarazos y espaciamiento entre partos.
14. Indicador de co-responsabilidad paterna: participación del padre en las tareas de trabajo más duras. Por ejemplo, en la búsqueda del agua.
15. Participación de las mujeres en las instituciones y en las organizaciones políticas que trabajan salud sexual y reproductiva.
16. Políticas de protección a la maternidad y porcentaje de mujeres protegidas por sector de actividad (asalariadas por cuenta ajena, por sectores laborales). Porcentaje de mujeres desprotegidas por sector de la actividad (trabajadoras por cuenta propia, por sectores laborales).

INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1. Existencia de asociaciones de apoyo a las víctimas de la violencia de género.
2. Inclusión de la sensibilización y prevención de malos tratos en el proceso educativo.
3. Asistencia, física y/o psicológica, a las víctimas de la violencia de género desde los servicios sanitarios.
4. Indicador de violencia sexual ejercida contra las personas.
 - Número de mujeres y niñas víctimas de violencia sexual (violaciones y abusos sexuales) que hizo denuncias durante un año, dividido por el total de mujeres de todas las edades, por 100.
 - Número de hombres y niños víctimas de violencia sexual (violaciones y abusos sexuales) que hizo denuncias durante un año, dividido por el total de hombres de todas las edades, por 100.
5. Indicador de daños psicológicos.

6. Indicador de morbilidad asociada al malestar de las mujeres.
7. Indicador de suicidios y tentativas de suicidios de mujeres.
8. Indicador de lesiones no fatales, incluidos daños psicológicos y sociales, y muertes por violencia intrafamiliar: número de mujeres y niñas víctimas de lesiones no fatales por violencia intrafamiliar, dividido por el número total de mujeres de todas las edades, por 100, y número de mujeres y niñas fallecidas por violencia intrafamiliar, dividido por número de mujeres y niñas fallecidas por homicidio, por 100.
9. Indicador de sanciones legales a la violencia contra las mujeres: lista de leyes con acciones penales específicas contra la violencia intrafamiliar, el asedio sexual, las violaciones, el comercio sexual.
10. Número de mujeres víctimas de la violencia: número de mujeres víctimas de violencia en el año, dividido por el total de mujeres. En los registros sanitarios (historias clínicas otros) debería recogerse la historia del maltrato: tiempo, momento, duración, daños psicológicos, físicos, sexuales y sociales producidos a lo largo de la vida de la mujer que sufre el maltrato.

INDICADORES DE PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS

1. Tasa de uso anticonceptivos en hombres y mujeres:
 - Número de mujeres adultas (generalmente entre 15 y 49 años) que utilizan algún tipo de anticonceptivo seguro, dividido por el total de mujeres en ese grupo de edad, por 100.
 - Número de hombres adultos (generalmente entre 15 y 49 años) que utilizan algún tipo de anticonceptivo seguro, dividido por el total de hombres en ese grupo de edad, por 100.
2. Acceso y asistencia a servicios de información sobre anticoncepción según sexo y edad.
3. Indicador de inclusión de la educación sobre anticoncepción en el proceso educativo, dirigida a jóvenes, mujeres y hombres.
4. Grado de conocimiento de las diferentes técnicas anticonceptivas, por sexo.
5. Número ideal de hijos expresado por hombres y mujeres sobre el número total de hijos.

INDICADORES DE ETS. EL CASO DEL VIH/SIDA

1. Tasa de variación en el número de infectados por VIH/SIDA registrados, por sexo: número de mujeres registradas con sida en el último año, dividido por el número del año anterior, por 100, y número de hombres registradas con sida en el último año, dividido por el número el año anterior, por 100.
2. Proporción de casos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adultos: número de casos de VIH registrados acumulados, por sexo y a partir de un límite de edad (por ejemplo, 15 años), sobre la población total de ese tramo de edad y sexo, por 100.
3. Proporción de casos de VIH en embarazadas de 15 a 24 años de edad: número de casos de VIH en embarazadas de 15 a 24 años de edad, registrados en un período (por ejemplo, el año), dividido por el total de embarazadas atendidas en el mismo período, por 100.
4. Porcentaje de hombres y de mujeres que usan el preservativo en todas las relaciones sexuales con penetración, por edad.



Anexo V. Indicadores de salud de las regiones de la Cooperación Española

ALGUNOS INDICADORES REGIONALES DE DESARROLLO					
	África Subsahariana	Magreb, Oriente medio y próximo	Latinoamérica	Asia y Pacífico	Europa Central y Oriental
Indicadores de Desarrollo					
Renta per capita ^a	1946	5680	7964	4472	8802
IDH ^b	0.472	0.680	0.795	0.680	0.802
Población total ^c	689.6	310.5	548.3	3472,1	405.3
Indicadores socio-sanitarios					
Esperanza de vida	46.1 años	66.9 años	72.2 años	66.8 años	68.1 años
Tasa Mortalidad < 5 años ^d	174	51	31	59	26
Tasa Mortalidad materna ^e	662,1	226,5	179,1	219	35,3
Tasa alfabetización	63.3 %	69.9 %	90.2 %	75.8 %	99.2 %
Acceso agua potable	56 %	86 %	91 %	76 %	94 %
Acceso saneamiento					
Rural	23,8 %	57,3 %	52,7 %	43,4 %	49 %
Urbano	53,6 %	89,5 %	81,4 %	68,6 %	83,5 %
Indicadores cobertura y recursos sanitarios^f					
Vacunación sarampión ^g	66 %	86 %	92 %	72.5 %	97 %
Partos atendidos por personal cualificado	43 %	72 %	87 %	62 %	97 %
Uso anticonceptivos ^h	26 %	30,3 %	52,07 %	40,7 %	25 %
Camas /10.000 hab.	Sin datos	24.7	20.1	33.9	61.4
Personal médico /1.000 habitantes	0.22	1.3	1.4	0.8	2.8
Personal de enfermería/1.000 hab.	1.3	2.3	2.5	2.3	5.9

^a En dólares sin ajustar al poder adquisitivo.

^b Índice de Desarrollo Humano calculado por el PNUD para el 2006.

^c en millones de personas. Es la suma de las poblaciones de los países en la región.

^d tasa por 1.000 nacidos vivos.

^e Tasa por 100.000 nacidos vivos.

^f En algunos de los indicadores expresados en esta tabla se ha hecho el promedio de los países en que existen datos.

^g % niños mayores de 1 año con al menos una dosis de vacuna.

^h % de mujeres en edad fértil que utilizan algún método anticonceptivo.

Distribución porcentual de gastos en salud					
% del PIB ⁱ	4.9	5.0	6.5	6.0	5.8
% Público ⁱⁱ	50.9	58.3	55.1	63.8	46.1
% Privado ⁱ	19.1	41.7	44.9	36.2	53.9
% Ayuda externa ⁱ	15.7	2.9	2.9	14.14	6.6

Fuentes:

- PNUD: http://hdr.undp.org/statistics/data/rc_2005.cfm
- División de Población de NNU: <http://esa.un.org/unpp>
- OMS – Diversas fuentes y bases de datos estadísticas como:
 - Global Atlas <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>
 - Unidad de Carga de Enfermedad: <http://www.who.int/healthinfo/bodproject/en/index.html>
 - Informe Salud Mundial 2004: <http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/annex2.xls>
 - Cuentas nacionales de salud: <http://www.who.int/nha/docs/en/Annex5&6WHR2005-en.pdf>
- Banco Mundial: Indicadores de Desarrollo Mundial: <http://devdata.worldbank.org/data-query/>

ⁱ Como % del gasto sanitario total



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL* POR GÉNERO Y NIVEL ECONÓMICO DE LA POBLACIÓN				
Áreas geográficas y países priorizados de la Cooperación Española (ejemplos seleccionados)				
Área geográfica / país	Hombres		Mujeres	
	20% más pobre de la población	20% más rico de la población	20% más pobre de la población	20% más rico de la población
África Subsahariana				
Mozambique	271,2	148,5	283,6	140,8
Namibia	111,8	87,1	108,9	64,4
Senegal	178,2	75,3	184,2	64,0
Latinoamérica				
Bolivia	150,8	39,5	142,0	23,8
Haití	164,0	115,4	162,6	94,5
Nicaragua	75,8	37,0	61,8	22,7
Perú	113,4	30,8	106,4	13,7
Asia				
Filipinas	87,1	31,1	72,0	27,1
Vietnam	69,3	26,8	57,2	18,9
Magreb, Oriente Medio y Próximo				
Mauritania	105,0	88,1	90,9	67,6
Marruecos	116,0	41,1	107,0	89,2

Fuentes:

• Banco Mundial (2000). Round I Country Reports on Health, Nutrition, Population conditions among poor and better-off in 45 countries. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,contentMDK:20216957~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>

• Banco Mundial (2004). Round II Country Reports on Health, Nutrition, Population conditions among poor and better-off in 45 countries. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,contentMDK:20216946~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>

* Tasa de Mortalidad Infantil: Probabilidad de morir en niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos

Gráfico 1: Distribución de la carga de enfermedad por grupos de enfermedad (en %) y regiones priorizadas

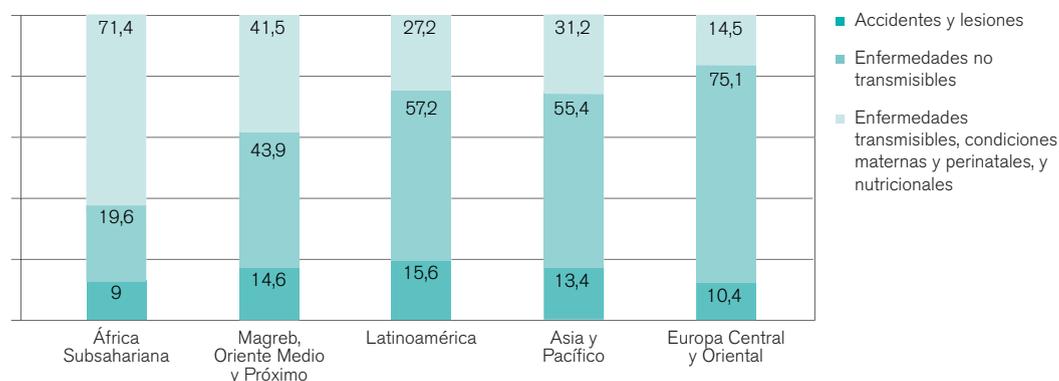
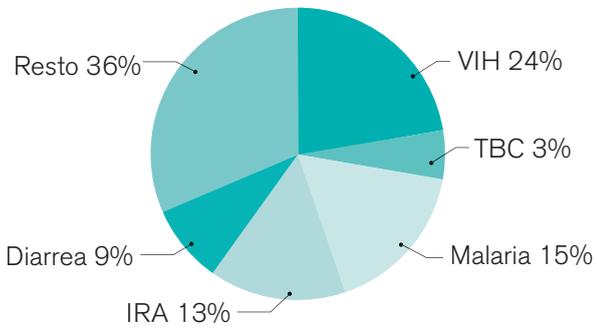
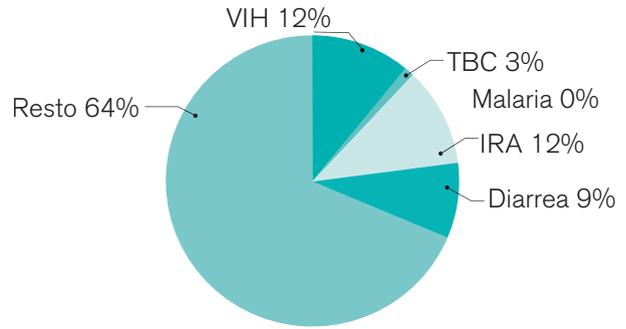


Gráfico 2: Distribución de la carga de algunas enfermedades transmisibles (en %) por regiones.

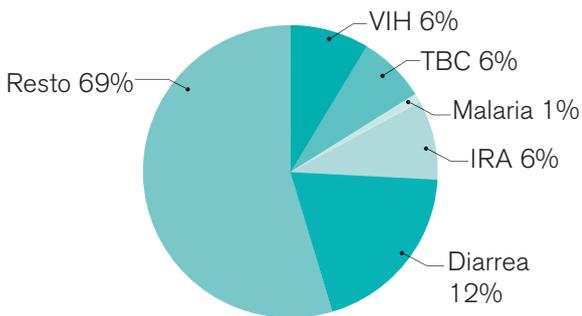
África Subsahariana



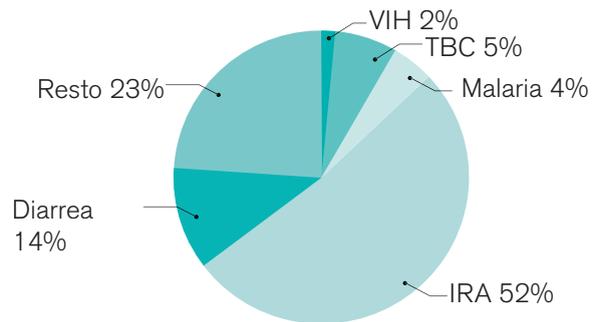
América Latina y Caribe



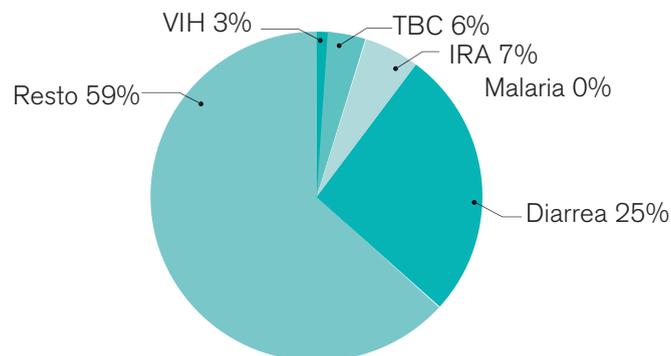
Asia y Pacífico



Magreb, Oriente Medio y Próximo



Europa Central y Oriental





TENDENCIAS REGIONALES* EN LOS INDICADORES DE LOS ODM						
En relación con la erradicación de la extrema pobreza y el hambre (ODM 1), la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4) y la mejora de la salud materna (ODM 5)						
Región	Niños/as con bajo peso (%)		Tasa Mortalidad < 5 años		Partos atendidos por personal cualificado	
	Año 1990	Año 2003	Año 1990	Año 2003	Año 1990	Año 2003
África						
Norte	10	8	87	38	41	76
Subsahariana	32	31	185	172	40	41
Latinoamérica	11	7	54	32	74	86
Asia						
Este	19	10	48	37	51	82
Sur	53	47	126	90	28	37
Sudeste	38	29	78	46	34	64
Oeste	11	10	68	60	61	62

Fuente: División de Estadística de NNU. Base de Datos de los Indicadores de los ODM. Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp

* Los datos corresponden al conjunto de países de las regiones, de acuerdo a la clasificación de NNUU. Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_worldmillennium_new.asp

SITUACIÓN DEL SIDA						
Áreas geográficas y países priorizados de la Cooperación Española (ejemplos seleccionados)						
		Prevalencia adultos ^a	Reciben ARV ^b	Necesitan ARV ^c	Lugares de counseling ^d	Prevalencia coinfección ^e
África Subsahariana	Angola	1,6-9,4	3000	34500	12	25,90
	Etiopia	2,8-6,7	16400	211000	535	29,10
	Mozambique	9,4-15,7	10675	199000	113	47,30
	Namibia	18,2-24,7	17000	32000	45	63,50
	Sudáfrica	17,8-24,3	104600	837000	2582	60,10
	Sudán	0,7-7,2	400	50000	15	13,8
Latinoamérica	Costa Rica	0,3-1	1850	3150	0	3,20
	El Salvador	0,3-1,1	2300	5100	0	3,50
	Guatemala	0,6-1,8	3670	13500	0	5,70
	Honduras	1-3,2	2900	9450	0	8,80
	Nicaragua	0,1-0,3	150	1000	0	1,20
	Panamá	0,5-1,5	2240	1850	0	8,37
Asia y Pacífico	Camboya	1,9	7217	22000	68	11,80
	China	0,1-0,2	12219	122000	1600	0,70
	Indonesia	0,0-0,2	2500	11500	0	0,60
	Vietnam	0,2-0,8	1000	22000	0	ns

Fuente: OMS - Departamento VIH/SIDA: <http://www.who.int/hiv/countries/en/>

^a Prevalencia de la infección por cada 100 hab.

^b Personas que en 2004 están recibiendo tratamiento antirretroviral.

^c Estimación de las personas que necesitarían tratamiento antirretroviral.

^d Número de lugares en todo el territorio en los que se hace counseling y el test rápido.

^e Prevalencia de coinfección VIH/TBC por 100 enfermos de VIH.

**TIPOLOGÍA DE PAÍSES PRIORIZADOS EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN
LIMITACIÓN DE SUS SISTEMAS DE SALUD PARA EXPANDIR LOS SERVICIOS
(ejemplos seleccionados)**

Categorización por nivel de limitación				
	África Subsahariana	Magreb, Oriente Med. y Próx.	Latinoamérica	Asia y Pacífico
Nivel 1 (mayor limitación)	Angola, Etiopía, Guinea-Bissau, Sudán	Mauritania	Haití	Afganistán
Nivel 2	Cabo Verde, Congo, Mozambique, Senegal			Bangladesh
Nivel 3			Bolivia, Honduras, Nicaragua	Camboya, Indonesia,
Nivel 4 (menor limitación)	Namibia, Sudáfrica		Cuba	China, Filipinas, Vietnam

CATEGORIZACIÓN POR FORTALEZA DE SISTEMAS DE SALUD Y GOBERNANZA

Gobernanza	Sistema de Salud	
	Fuerte	Débil
Fuerte	ASS: Sudáfrica; LA: Cuba; A-P: China, Filipinas	ASS: Mozambique, Namibia, Senegal; LA: Honduras A-P: Bangladesh, Camboya
Débil	LA: Nicaragua	ASS: Angola, Sudán; LA: Haití; A-P: Afganistán

ASS: África Subsahariana; LA: Latinoamérica; A-P: Asia y Pacífico.

Fuente: Ranson M.K. et al., (2003). Constraints to Expanding Access to Health Interventions: an Empirical Analysis and Country Typology. Journal of International Development 15 (Special Issue): 15-39.



Anexo VI. Marco normativo

En este Anexo se presentan los instrumentos internacionales, nacionales y autonómicos que configuran el marco normativo en que se desarrolla la Cooperación Internacional, y que son imprescindibles para situarla en el contexto social y político en que se realiza.

Estudiaremos sucesivamente el marco internacional y el nacional. En el Anexo VII, figura también un compendio de las principales normas que conforman el desarrollo de la Cooperación Descentralizada.

Marco normativo internacional

A continuación describiremos brevemente los principales instrumentos que han sido elaborados y ratificados por la mayoría de los países del mundo, entre ellos por España, en conferencias internacionales o cumbres mundiales, como declaraciones, tratados, convenciones, convenios, o planes, que respaldan, como marco normativo, las acciones que se deriven de esta estrategia y que constituyen sus referentes principales para ser aplicados, consultados y utilizados por los diferentes actores de la Cooperación Española.

Este apartado pretende ser una guía que facilite a los usuarios de la cooperación una información concisa sobre la relevancia y el papel que ocupa un documento internacional determinado, que pueda ser de utilidad como herramienta de trabajo a la hora de afrontar cualquier intervención sobre salud, sea de planificación, gestión, seguimiento o evaluación.

Este marco se subdivide a su vez en dos:

- A. Marco normativo internacional general de cooperación:** incluye los documentos clave para la Cooperación Española.
- B. Marco normativo internacional específico del sector salud:** aquellos documentos de salud que han marcado la doctrina y aplicación de medidas internacionales para mejorar las condiciones del sector.

A. Marco normativo internacional general de cooperación

Uno de los ámbitos en que se han generado buena parte de los referentes para la cooperación internacional en general -y para el sector salud- es el marco de las Naciones Unidas (NNUU). Entre los documentos más importantes destaca el de los Derechos Humanos. La Carta de las Naciones Unidas, que entró en vigor el 24 de octubre de 1945, impone a los Estados la obligación de promover el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades humanas. Estos derechos se han formulado, entre otros documentos, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, y en los Pactos Internacionales de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y de Derechos Civiles y Políticos, que entraron en vigor en 1976 (ver tabla).

Por otra parte, el referente normativo más importante acordado en el ámbito de las NNUU en los últimos años -y que el Plan Director 2005-2008 toma como marco de actuación- es el programa mundial denominado "Objetivos de Desarrollo del Milenio" (ODM), adoptado en la Cumbre del Milenio (resolución 55/2) celebrada en el año 2000, y basada en la Declaración del Milenio, firmada por unanimidad por los 189 Estados que participaron en dicha Cumbre. El Proyecto del Milenio se puso en marcha como plan práctico para asesorar la implementación de los ODM, establecer una guía de prácticas óptimas y hacer un seguimiento de los logros. Posteriormente, en continuidad con este proceso, se ha celebrado en septiembre de 2005 la Cumbre del Milenio +5 (ver tabla).

Otro aspecto a considerar en lo que respecta a la cooperación internacional, es el relativo a la cooperación con los Países Menos Adelantados (PMA). Las NNUU celebraron en Bruselas, en el año 2001, la Tercera Conferencia sobre los PMA -precedida por las celebradas en 1981 y 1990-. La Declaración final de esta conferencia reafirma el compromiso internacional de dedicar a los PMA el 0,20% del PIB en concepto de AOD, así como la necesidad de desvincular la AOD que se destina a ellos. En el Plan Director 2005-2008 se declara la intención de aumentar la cooperación con estos países y cumplir con los compromisos derivados de dicha cumbre.

Los documentos de referencia citados, generados en el marco de las NNUU, se relacionan en la siguiente tabla, en la que se señala su contenido y la relevancia que presentan para el sector salud. También se indica una referencia de internet donde se puede acudir para ampliar la información.

Por último, desde los años noventa se han llevado a cabo otras Conferencias y Cumbres promovidas por las NNUU, que han abordado asimismo temáticas en relación (directa o indirecta) con la salud. Ejemplos de éstas cumbres son las de: Infancia (Nueva York, 1990); Medio Ambiente y Desarrollo (Río, 1992); Población y Desarrollo (Bucarest, 1974; México, 1984; El Cairo, 1994); Desarrollo Social (Copenhage, 1995); Mujer (Beijing, 1995); Alimentación (Roma, 1973); Sesiones Extraordinarias de VIH/SIDA (2001 y 2006); Trabajo Infantil (Oslo, 1997); y Desarrollo Sostenible (Río de Janeiro, 1992; Nueva York, 1997; Johannesburgo, 2002).

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL PRIORITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Carta de las Naciones Unidas (San Francisco, 1945)	Es el documento constitutivo de las Naciones Unidas. El texto de la Carta comprende el origen del concepto de los Derechos Humanos, y describe algunos instrumentos y organismos que tienen la finalidad de promover los Derechos Humanos.	Art. 55: Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá: a. Niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social; b. La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y c. El respeto universal a los Derechos Humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.	www.un.org/ spanish/ documents/esc/ charter.htm
Declaración Universal de los Derechos Humanos (París, 1948)	Recoge en un preámbulo y 30 artículos los Derechos Humanos que se desprenden de la dignidad inherente a la persona. Es un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones promuevan el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos.	Art. 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños/as, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.	www.un.org

(Continúa)



(Continúa)

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL PRIORITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)	Es uno de los grandes instrumentos universales de protección de los DDHH. Junto con sus Protocolos facultativos, el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y la Declaración Universal de Derechos Humanos, conforman la Carta Internacional de los DDHH. Se concreta en el reconocimiento y protección de las libertades civiles y políticas básicas.	Pese a que ninguno de los artículos de este Pacto hace una referencia al sector salud, el cumplimiento de los derechos civiles y políticos y la garantía del Estado de Derecho es una condición importante para que las personas puedan participar libremente, y sin discriminación de ningún tipo, en las decisiones que afectan a los asuntos públicos, incluyendo los que tienen que ver con su salud.	http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)	En un preámbulo y 31 artículos se pactan Derechos Humanos pertenecientes a la esfera económica, social y cultural (DESC). Art.2: 1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular, la adopción de medidas legislativas y la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.	Art. 9: Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social. Art.10.2: Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable, antes y después del parto (...) Art.12: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños/as; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.	www.un.org

(Continúa)

(Continúa)

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL PRIORITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Declaración de la Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000)	<p>Consenso internacional para una Agenda común del desarrollo, entre diversas organizaciones implicadas: Sistema de las Naciones Unidas, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Instituciones del Breton Woods (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) así como agencias bilaterales de los países desarrollados y países participantes menos adelantados.</p> <p>Se concreta en 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Contiene 18 metas y 48 indicadores, guía para la reducción de la pobreza.</p>	<p>Como ya se ha comentado, los ODM priorizan en gran medida el sector salud, ya que tres de los Objetivos se refieren específicamente a ella, y muchos otros están relacionados con la salud de manera indirecta. En el próximo epígrafe se hará referencia a los ODM relacionados con el sector sanitario.</p> <p>La Declaración del Milenio, hace referencia también al sector salud en el apartado III. "El desarrollo y la erradicación de la pobreza".</p>	http://www.unmillenniumproject.org/reports/spanish.htm
Cumbre Mundial 2005 (Cumbre del Milenio +5; Nueva York, septiembre 2005)	<p>Reafirma los principios de la Carta de las Naciones Unidas y de los ODM; analiza la evolución de los DDHH, deuda externa y terrorismo; crea una Comisión de Consolidación de la Paz para países en transición; trata sobre temas de desarrollo sostenible, paz y seguridad, igualdad de género, derechos del niño o reforma de las NNUU; crea el Consejo de DDHH y el Fondo para la Democracia.</p>	<p>La Declaración final de la Cumbre recoge cuatro puntos dedicados a la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El acuerdo de prestar apoyo inmediato a las iniciativas de ganancia rápida (win quicks) para luchar contra la malaria y apoyar la educación y la atención de la salud. ■ El compromiso de desarrollar fuentes innovadoras de financiación, incluidas acciones por grupos de países para implementar el mecanismo internacional de financiación, y otras iniciativas para financiar proyectos de desarrollo, en particular en el sector de la salud. ■ La multiplicación de las respuestas en la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, mediante la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo y la movilización de más recursos de fuentes nacionales, bilaterales, multilaterales y privadas. <ul style="list-style-type: none"> -El compromiso de luchar contra las enfermedades infecciosas, incluido el compromiso de garantizar la aplicación plena del nuevo Reglamento Sanitario Internacional, y el apoyo de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos de la Organización Mundial de la Salud. 	http://www.un.org/spanish/summit2005/

(Continúa)



(Continúa)

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL PRIORITARIO EN EL ÁMBITO DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Declaración de la tercera Conferencia sobre PMA (Bruselas, 2001)	<p>Supone un compromiso para trabajar en pro de la integración provechosa de los PMA en la economía mundial, resistir a su marginación, lograr un crecimiento económico sostenido acelerado y un desarrollo sostenible, así como a erradicar la pobreza, la desigualdad y la miseria.</p> <p>La Declaración y el Programa de Acción de Bruselas fueron aprobados por la Asamblea General de las NNUU en su Resolución 55/279 de 12 julio de 2001.</p>	Reconoce que las metas establecidas en la segunda Conferencia de las NNUU sobre PMA no se han cumplido, y que uno de los factores que ha limitado el progreso ha sido el VIH/SIDA. Hace hincapié en la necesidad de adoptar medidas lo más enérgicas posibles para combatir estas y otras enfermedades transmisibles, en particular la tuberculosis y la malaria. Asimismo, reconoce que para erradicar la pobreza y mejorar la calidad de vida de los habitantes de los PMA, reforzando su capacidad de construir un futuro mejor para ellos y desarrollar sus países, es necesario, entre otras acciones, aumentar la inversión en salud, educación e infraestructura social.	http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G01/519/10/PDF/G0151910.pdf?OpenElement
Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (Monterrey, 2001)	Se aborda la necesidad de establecer consensos en un mundo cada vez más interdependiente para afrontar la financiación y generación de recursos destinados al desarrollo y la erradicación de la pobreza.	Se insta a la comunidad internacional y los organismos involucrados en el desarrollo, a fomentar la coherencia y cohesión de los sistemas monetarios, financieros y comerciales internacionales en apoyo al desarrollo, algo que necesariamente debe repercutir en todos los sectores, incluido el de la salud.	http://www.un.org/esa/ffd/

Otro ámbito de relevancia para el marco normativo es el de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y su Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), al que pertenecen organismos e instituciones de desarrollo, tanto multilaterales como bilaterales, con 30 países miembros, 70 países con los que mantienen una relación activa y con representación de ONG y de otras organizaciones de la sociedad civil. En el marco de esta institución se llevaron a cabo dos importantes Foros de Alto Nivel: el primero, sobre Armonización, celebrado en Roma en el año 2003; y el segundo, sobre Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, que tuvo lugar en París en 2005. Las Declaraciones finales de estos Foros constituyen un marco normativo fundamental para el conjunto de la cooperación, si bien establecen principios en los que debe basarse el trabajo de cooperación internacional al desarrollo, con escasas referencias a sectores concretos —y, por tanto, escasas referencias a la salud—.

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL PRIORITARIO EN EL ÁMBITO DEL CAD DE LA OCDE		
Documento	Contenido	Web
Declaración de Roma sobre Armonización (Roma, 2003)	Es un documento en el se sientan principios para lograr una armonización de las políticas, los procedimientos y las prácticas operacionales de las instituciones de los países donantes, entre sí y con las de los sistemas vigentes en los países asociados, a fin de aumentar la eficacia de la asistencia para el desarrollo y contribuir así a alcanzar los ODM.	http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/languages/ESRome_Declaration.pdf
Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (París, 2005)	Se reafirma la Declaración del Milenio, y se establecen ejes para "Aumentar juntos la eficacia de la ayuda al desarrollo". Se definen áreas de trabajo, con sus indicadores: Principios de apropiación, alineamiento, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad.	http://www.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf http://www.oecd.org

Por último, con la participación de los bancos multilaterales de desarrollo y los países donantes, se han celebrado dos Mesas Redondas sobre la Gestión Orientada a Resultados^a. La primera se celebró en Roma, en 2003 (junto al Foro de Alto Nivel sobre Armonización) y la segunda en Marrakech, en 2004. Estas Mesas Redondas pretenden hallar estrategias para mejorar la medición, la monitorización y la gestión de la AOD, que estén basadas en los resultados obtenidos en términos de desarrollo. Esto es importante, ya que en el Plan Director 2005-2008 se declara la voluntad de la Cooperación Española de sumarse al esfuerzo de implementar sistemas de gestión orientada a resultados.

B. Marco normativo internacional específico del sector salud

Como se ha mencionado, la Declaración del Milenio y los correspondientes Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son en la actualidad el principal referente para la actuación en salud en el ámbito de la cooperación internacional. Estos objetivos proponen una priorización de problemas para la reducción de la pobreza, unas metas hacia las que se deben dirigir las correspondientes actuaciones y unos indicadores que puedan ser utilizados para medir los logros alcanzados. Como se ha comentado, de los ocho ODM, tres tienen relación directa con la salud y otros tantos la tienen de manera indirecta^b. Los problemas de salud, priorizados en los ODM, son las enfermedades transmisibles (especialmente VIH/SIDA, malaria y tuberculosis) las enfermedades maternas, y las de la primera infancia. Éstas se corresponden con las enfermedades del Grupo I que, como se ha comentado, son las que sufren mayoritariamente las personas con menos recursos de los países en desarrollo, y donde es prioritaria la actuación de la cooperación internacional en salud.

Hay que señalar que, si bien en los ODM no se ha contemplado de manera formal la salud sexual y reproductiva como un Objetivo en sí mismo, los grupos de expertos que trabajan en el Proyecto del Milenio consideran que aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la protección de los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para el logro de los ODM^a. Ello está claramente plasmado en su informe, *Invertir en Desarrollo*^b, que no hace sino recoger los análisis y proposiciones de diferentes Equipos de Tareas, como las del Equipo de Igualdad entre Hombres y Mujeres o del Equipo de Tareas sobre la Salud de los Niños y de las Madres^c.

^a Ver Glosario de Conceptos.

^b Ver Anexo II: "Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud".

^c Este Equipo identifica como una de sus siete prioridades estratégicas "Garantizar los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas" mediante, por lo menos, sistemas de salud pública que presten servicios de planificación de la familia, de calidad, atención obstétrica de emergencia, abortos seguros (en los países en que éste es legal) atención posterior al aborto, y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (como el VIH). Fuera del sector de la salud, los programas de educación sexual contribuyen a una mayor concienciación sobre los derechos sexuales y reproductivos, y sus resultados. Y más concretamente el Informe elaborado por el Equipo "*Paso a la acción: Consecución de la igualdad entre hombres y mujeres y potenciación de la mujer*". Disponible en <http://www.unmillenniumproject.org/documents/TF3b-gender-S.pdf>

• Entre cuyas recomendaciones incluye: "El acceso universal a servicios, información y educación sobre salud sexual y reproductiva debe garantizarse como parte integral de las estrategias de reducción de la mortalidad infantil y de mejora de la salud materna".



En el proceso de implementación y seguimiento de los ODM han ido surgiendo iniciativas que guardan relación con la salud, ya sea de manera directa o indirecta. Estas iniciativas son fuente de formulaciones políticas y estrategias, que deben ser utilizadas como marcos de referencia para el logro de los ODM. Algunas de ellas se muestran en la siguiente tabla.

ÁMBITO	INICIATIVAS RELACIONADAS CON LOS ODM: DOCUMENTOS POLÍTICOS Y ESTRATÉGICOS
Proyecto Milenio (Sec. Gral NNUU)	“10 Recomendaciones Fundamentales para Inversiones y Políticas Sectoriales Específicas”; Informe: “Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los ODM” (2005); Informes de los 10 Equipos de tareas (“Task Force”) temáticos.
OMS	Documentos Oficiales: a) Asamblea Mundial de la Salud 2003 (A56/11), 2005 (A58/5, WHA58.30) b) Comité Ejecutivo de 2005 (EB115/5) Informe: “Salud en los ODM: mantener la promesa” (2005)
Banco Mundial	“Los ODM para la Salud: Enfrentar los Desafíos”.
Foro Alto Nivel ODM en Salud	Documentos emanados de las Reuniones de Ginebra (enero 2004), Abuja (diciembre 2004), y París (noviembre 2005).

Aparte de los ODM, existen otros marcos normativos que son de referencia en el sector salud y que asimismo proceden del ámbito de las NNUU. Cabe destacar la Atención Primaria de Salud (APS) –cuyos principios fueron establecidos en la Conferencia y Declaración de Alma-Ata (1978)- así como la Estrategia de Salud para Todos y la Carta de Ottawa, sobre Promoción de la Salud. Todos estos documentos básicos se han actualizado para el siglo XXI^a. Posteriormente, en el marco teórico, será analizado con mayor profundidad el contenido concreto de estos documentos, así como la forma en que han determinado muchos de los principios en los que se basa la cooperación sanitaria.

En el sector salud existen gran cantidad de declaraciones, códigos, iniciativas, políticas, estrategias etc. emanadas de diversos organismos de las NNUU y de otras organizaciones e instituciones. No siendo posible la sistematización de todos ellos, en la siguiente tabla aparece una somera relación de algunos de los documentos más trascendentes para la cooperación al desarrollo en salud, para cada una de las temáticas. Se ha optado por esta ordenación en función del área temática, por el carácter más didáctico de esta estructura. En cada caso se apunta la Organización de la que emana, y la fuente de internet donde puede encontrarse más información.

MARCO NORMATIVO PRIORITARIO ESPECÍFICO DEL SECTOR SALUD POR ÁREA TEMÁTICA			
Área temática	Organismo ^b	Documentos	Web
Sistemas y Servicios de Salud	OMS	Programa Global sobre Evidencia para la Política de Salud.	http://www.who.int/es/
	BM	Estrategia y Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud.	http://www.bancomundial.org/

(Continúa)

^a Desde Alma Ata se ha generado un verdadero movimiento con un enfoque dirigido a una transformación amplia del sector salud y su vinculación al desarrollo, habiéndose producido numerosas conferencias, reuniones y documentos, tanto en lo que concierne la APS (Reuniones de Riga, Almaty, etc, con un punto importante de inflexión en la Reunión de Madrid de 2003 sobre Futuras Direcciones Estratégicas de la APS), la promoción de la salud (Adelaida, Sundsvall, etc, y la última de 2005 de Bangkok), así como la adopción por la OMS, en 1998 (Resolución WHA 51.7) de la “Política de Salud para Todos en el Siglo XXI”.

^b Consultar la lista de “Abreviaturas y Acrónimos”, que se aporta al principio de este documento estratégico, para obtener ayuda sobre las instituciones a que se refieren los Acrónimos de esta tabla.

(Continúa)

MARCO NORMATIVO PRIORITARIO ESPECÍFICO DEL SECTOR SALUD POR ÁREA TEMÁTICA			
Medicamentos	OMS	Política de Medicamentos Esenciales. Estrategia de Medicinas 2004-2007. Certificación de la calidad de productos farmacéuticos en el mercado internacional.	http://www.who.int/es/
	Cumbre del G8	Declaración de DOHA.	http://www.wto.org/indexsp.htm
	OMC	Acuerdos sobre el Derecho de Propiedad Intelectual.	http://www.wto.org/indexsp.htm
	OMS/UNICEF/ NNUU	Proyecto de precalificación de medicamentos prioritarios para el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.	http://www.ops-oms.org/default_spa.htm
Salud Sexual y Reproductiva	OMS/UNICEF/ FNUAP/BM	Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos.	http://www.unfpa.org/sitemap/sitemap-esp.htm
	NNUU	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CPID) celebrado en El Cairo (Egipto) en septiembre de 1994 (Principio número 8). Conferencias El Cairo +5 (1999) y El Cairo +10 (2004). IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995, Beijing) (Art.17). Conferencia Beijing +10 (2005).	http://www.un.org/spanish/
	CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). (Art.12).	http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/
	FIPF	Carta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (1996).	http://www.ippfwhr.org/index_s.html
	FNUAP	Orientaciones Estratégicas Prevención Infección VIH/Salud Sexual y Reproductiva.	http://web.unfpa.org/sitemap/sitemap-esp.htm
Salud Infantil	OMS/UNICEF	Estrategia Global para la Alimentación Infantil; Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).	www.unicef.org/spanish/
	NNUU	Convención sobre los Derechos del Niño (1989) (Arts.23, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 35).	http://www.un.org/spanish/
	AMM	Declaración de Ottawa sobre Derechos del Niño a la Atención en Salud (1998).	http://www.wma.net/s/index.htm
	OMS	Iniciativa Global de Salud Escolar. Código Internacional sobre los sustitutos de la leche materna (1981). Declaración y Plan de Acción sobre Nutrición (1992) (Art.30).	http://www.who.int/es/
	UNICEF	"Supervivencia Infantil" (Child Survival). Programa Protección Infantil. Inmunización y "Más".	www.unicef.org/spanish/

(Continúa)



(Continúa)

MARCO NORMATIVO PRIORITARIO ESPECÍFICO DEL SECTOR SALUD POR ÁREA TEMÁTICA			
Enfermedades prevalentes y olvidadas	OMS	Programa de control Intensificado de Enfermedades Tropicales Olvidadas. Estrategia Global para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Campaña Global para la Prevención de la Violencia.	http://www.who.int/es/
VIH/SIDA, Malaria, Tuberculosis	ONUSIDA	Marco Estratégico Mundial sobre VIH/SIDA; "Iniciativa 3x5" (OMS/ONUSIDA).	www.unaids.org
	OMS	Iniciativa "Stop Tuberculosis" y su Estrategia DOTS ampliada (2003). "Hacer Retroceder la Malaria- Roll Back Malaria" (OMS/BM).	http://www.who.int/es/
	NNUU	Declaración de Compromiso Lucha contra el SIDA 2001 (Resolución A/RES/S-26/2 - 2001) y 2006 ^a (junio 2006) y Resoluciones 1999/49 (protección de DDHH) y Resolución 27 abril 1999 sobre Discriminación en el contexto del VIH/SIDA. Resolución 59/256 "2001-2010: Década para hacer retroceder la malaria en los países en desarrollo, particularmente en África". Mujeres y VIH/SIDA: La Carta de Derechos de Barcelona (julio, 2002).	http://www.un.org/spanish/
	ACNUDH/ ONUSIDA	VIH/SIDA y Derechos Humanos. Directrices Internacionales.	http://www.unhchr.ch/spanish/html/hchr_sp.htm
	OIT	Resolución VIH/SIDA y el mundo del trabajo (año 2000) y Código de Prácticas (2001).	http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm
	OIT/OMS	Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA (2005).	http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm
	Consejo UE	Regulación n° 550/97 operaciones relacionadas con VIH/SIDA en países en desarrollo.	http://www.consilium.europa.eu/showPage.ASP?lang=es
	UNICEF	Combatir El VIH/SIDA: Estrategias Para Obtener Resultados: 2002-2005.	www.unicef.org/spanish/
Enfermedades transmisibles	OMS	Regulaciones Sanitarias Internacionales para el control de enfermedades transmisibles (1969). Última revisión en mayo del 2005 (Resolución WHA 58.3).	http://www.who.int/es/
Salud mental	NNUU	Proyecto Política de Salud Mental. Principios para la protección de personas con enfermedad mental y la mejora de la atención en salud mental. Resolución 46/119 (1991).	http://www.un.org/spanish

(Continúa)

^a Ver la Declaración política provisional en: www.ungasshiv.org

(Continúa)

MARCO NORMATIVO PRIORITARIO ESPECÍFICO DEL SECTOR SALUD POR ÁREA TEMÁTICA			
Investigación y conocimiento	OMS	Iniciativa para la Investigación de Vacunas. Iniciativa de Análisis de Sistemas de Investigación en Salud. Estrategia de Gestión del Conocimiento de la OMS.	http://www.who.int/es/
	OMS/UNICEF/PNUD/BM	Programa Especial para investigación y Formación en Enfermedades tropicales (TDR).	http://www.who.int/es/
Atención Primaria y Salud pública	OMS	Programa Global sobre Efectividad de la Promoción de la Salud. Estrategia Global Salud Para Todos (1981), originariamente salud para todos en el año 2000 (SPT/2000), derivada de la 30ª Asamblea Mundial de la Salud (1977). Declaración de Alma-Ata (URSS, 1978), derivada de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Carta de Ottawa (1986), derivada de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Programa Global sobre Efectividad de la Promoción de la Salud.	http://www.who.int/es/ http://www.paho.org/default_spa.htm
Pobreza y salud	OMS	Proyecto de Seguimiento de las Estrategias de Reducción de la Pobreza y su Significado para la Salud.	http://www.who.int/es/
	BM	Estrategia de Reducción de la Pobreza.	http://www.bancomundial.org/
Economía de la salud	OMS/ BM	Comisión Macroeconomía y Salud.	http://www.who.int/topics/macroeconomics_health/es/
Investigación y experimentación humana	AMM	Declaración de Helsinki (1964, revisión 1977).	http://www.wma.net/s/index.htm
	CIOMS/OMS	Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (revisión 2002) y Revisión Ética de Estudios Epidemiológicos (1991, revisión).	http://www.who.int/es/
Control del tabaco	OMC	Convenio Marco para el Control del tabaco. Resolución WHA 56.1, 2003.	http://www.wto.org/indexsp.htm
Salud y trabajo	OIT	Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo (2003); Convenios y recomendaciones sobre igualdad de oportunidades y de trato en el trabajo, y trabajo infantil (diversos).	http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm

(Continúa)



(Continúa)

MARCO NORMATIVO PRIORITARIO ESPECÍFICO DEL SECTOR SALUD POR ÁREA TEMÁTICA			
Comercio y salud	OMC	Acuerdos OTC (Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio), MSF (Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias), ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), AGCS (Acuerdo general sobre el Comercio de Servicios).	http://www.wto.org/indexsp.htm
Seguridad alimentaria	FAO/OMS	Comisión Codex Alimentarius (1963).	http://www.fao.org/index_es.htm
Salud y Medio ambiente	OMS/UNEP	Iniciativa Vínculos Salud y Medio Ambiente.	http://www.unep.org/
Medicina tradicional	OMS	Estrategia de Medicina Tradicional de la OMS 2002-2005".	http://www.who.int/es/
Otros	OMS	11° Programa general de Trabajo de la OMS 2006-2015. Programa de acción sanitaria en Crisis. Tecnologías Sanitarias Esenciales: Estrategia 2004-2007.	http://www.who.int/es/
	BM	Estrategia Sectorial: Salud, Nutrición y Población.	http://www.bancomundial.org/

En lo que concierne a la OCDE, un marco de referencia para el sector salud es el llamado "Proyecto de la Salud de la OCDE"^a, así como las iniciativas surgidas del Centro de Cooperación con No Miembros^b. En el seno del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y en concreto en su red de pobreza-POVNET, se ha generado el importante documento de Directrices del CAD sobre "Pobreza y Salud" (2003).

^a Su importante Informe "Por un sistema sanitario eficaz: proyecto de salud de la OCDE", es un marco de referencia de enorme valor en esta área, aunque haya sido realizado en países con economías de mercado.

^b Indirectamente relacionadas con la salud, como es el caso de la gobernanza y su implicación en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Es el caso del Programa SIGMA de ámbito europeo (de interés para los nuevos países miembros y candidatos) y la Iniciativa MENA para países de Oriente Medio y Norte de África.

Marco normativo internacional regional

En este apartado se describen los instrumentos internacionales de carácter regional que se consideran tanto prioritarios como complementarios para el sector. Se trata de los Tratados, Conferencias Regionales, Resoluciones, Convenios, etc., que por su contenido se consideran de alta relevancia unos, o significativos otros, para la Estrategia de Salud. Se han incluido en esta sección los documentos emanados de la Unión Europea, por tener carácter regional. Además, como es natural, se incluyen aquellos relativos a las regiones de América Latina y Caribe, África y Asia, que podrán ser de utilidad para las OTC de los países en cada región y los actores que trabajen en cada lugar donde se ubica la Cooperación Española.

En el ámbito de la Unión Europea, hay que hacer referencia a la Convención Europea de Derechos Humanos de 1950, así como a la "Carta Social Europea" de 1961, y en concreto, a su Artículo 11. En el ámbito de la cooperación al desarrollo se aprobó, en noviembre de 2005, una nueva política de desarrollo, si bien en lo que concierne a la salud, el marco político aún vigente continúa siendo el adoptado por la Comisión Europea en marzo de 2002. Además, existen documentos de índole política y estratégica sobre las áreas relevantes de la acción de la Unión Europea, como es el caso del VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis (contempladas bajo el epígrafe enfermedades de la pobreza) y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Es importante también tener en cuenta los diferentes marcos de referencia de la UE en relación a los ODM. Junto a este marco, hay que tener en cuenta los Programas Regionales de la Unión Europea, una parte importante de los cuales tiene un componente salud (ver tabla).

EUROPA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Convención Europea de Derechos Humanos,(1961) Carta Social Europea (1961)	<ul style="list-style-type: none"> El Convenio Europeo de Derechos Humanos, firmado en Roma el 4 de noviembre de 1950 bajo el auspicio del Consejo de Europa, fundó un sistema original de protección internacional de los Derechos Humanos al ofrecer a los individuos el beneficio de un control judicial de sus derechos, e instauró distintos organismos de control situados en Estrasburgo: La Comisión, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el Comité de Ministros del Consejo de Europa, que se sustituyeron por un único Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en 1998. La Carta de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores, conocida como Carta Social, fue adoptada en 1989, en forma de una declaración, por parte de todos los Estados miembros con excepción del Reino Unido, que no la firmó hasta 1998. Se considera un instrumento político que contiene «obligaciones morales» destinadas a garantizar el respeto de determinados derechos sociales en los Estados miembros. Estos derechos se refieren, sobre todo, al mercado laboral, la formación profesional, la protección social, la igualdad de oportunidades y la salud y la seguridad en el trabajo. 		http://europa.eu.int http://europa.eu.int/comm http://europa.eu.int/comm/development/body/theme/human_social/pol_health1_en.htm
Carta de los Derechos Fundamentales (Niza, 2000)	<p>La Carta de los Derechos Fundamentales de la UE fue proclamada por el Consejo Europeo en Niza el 7 de diciembre de 2000. Está basada en los Tratados comunitarios, los Convenios Internacionales, incluidos el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950 y la Carta Social Europea de 1989, las tradiciones constitucionales comunes de los Estados miembros y las Declaraciones del Parlamento Europeo.</p> <p>La Carta define, en sus 54 artículos agrupados en siete capítulos, los derechos fundamentales en lo tocante a dignidad, libertad, igualdad, solidaridad, ciudadanía y justicia.</p>		

(Continúa)



(Continúa)

EUROPA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
<p>CE Política de Desarrollo (Comisión/ Consejo) (Noviembre, 2000)</p> <p>Acuerdo de Cotonou (2002)</p> <p>Consenso Europeo sobre Desarrollo (Comisión/ Consejo/ Parlamento). (Noviembre, 2005)</p>	<p>Proveen el marco de las políticas de desarrollo en todos los países en desarrollo, agrupados en los países ACP (África, Caribe y Pacífico) y los Países y Territorios Insulares. El Acuerdo de Cotonou provee el marco de asociación para la ayuda al desarrollo durante 20 años para 77 países, financiado principalmente por el Fondo Europeo al Desarrollo.</p>	<p>La inversión en salud es un elemento prioritario en la estrategia de erradicación de la pobreza de la UE.</p> <p>La Comunidad centra su actividad en los nueve ámbitos siguientes: comercio e integración regional; medio ambiente y gestión sostenible de los recursos naturales; infraestructuras, comunicaciones y transporte; agua y energía; desarrollo rural, ordenación del territorio, agricultura y seguridad alimentaria; gobernabilidad, democracia, derechos humanos y apoyo a las reformas económicas e institucionales; prevención de conflictos y de la fragilidad de los Estados; desarrollo humano; cohesión social y empleo.</p> <p>En todas sus actividades integra los siguientes aspectos transversales: democracia, buena gobernabilidad, derechos humanos, derechos de la infancia y las poblaciones indígenas, igualdad entre los sexos, sostenibilidad ambiental y lucha contra el VIH/SIDA</p>	
<p>Resolución del Consejo: "Salud y Pobreza" (2002)</p>	<p>Establece los marcos estratégicos de la CE que guían la inversión en salud, VIH/SIDA y población para la consecución de los ODM relativos a la salud. Y ratifica la Conferencia de Monterrey sobre el compromiso de los países donantes de incrementar la AOD, en particular a los sectores de desarrollo social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contribuir a la mejora de la salud, el VIH/SIDA y las políticas de población, especialmente en los países más pobres que estén comprometidos con la consecución de los ODM e inviertan en salud (por ej. lo establecido en Abuja un 15% del presupuesto nacional). ■ Maximizar los beneficios en salud y minimizar los potenciales efectos negativos del apoyo de la CE a otros sectores. ■ Proteger a la población más vulnerable de la pobreza, apoyando mecanismos de financiación en salud justos y equitativos. ■ Invertir en el desarrollo de bienes públicos globales. 	
<p>Documento Guía: Salud, SIDA y Población (2002)</p>	<p>Establece las directrices de cooperación con los países en desarrollo en el sector salud y los mecanismos de financiación.</p>	<p>La política europea remarca la importancia de invertir en programas sectoriales o contribuir al apoyo presupuestario general. De esta manera, se permite y fomenta la toma de decisiones por parte de los países socios, la priorización de problemas y la apropiación.</p>	

(Continúa)

EUROPA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Regulación N° 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo el 15 de Julio de 2003 de “Ayuda para políticas y acciones en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva en países en desarrollo”, (2003)	Se basa en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en el Cairo (1994) y las acciones del Cairo +5. También se basa en los ODM, en particular los relacionados con la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres y la reducción de la mortalidad materna e infantil.	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el foro internacional, la CE tiene estatus de observador, pero trabaja con la presidencia de la UE para alcanzar posiciones comunes en la UE. La importancia de esta posición se objetivó en la Conferencia Internacional de Johannesburgo en 2002 sobre desarrollo sostenible, donde la UE defendió los derechos sexuales y reproductivos. La Comisión ha expresado su posición firme respecto a varios temas de salud sexual, por ejemplo, ha declarado que la promoción de preservativos es un mensaje más realista, honesto y útil en la prevención del VIH/SIDA, que refleja la realidad de la sexualidad humana, frente a los programas ABC (Abstinencia, Fidelidad y uso de Condones). ■ En el nivel de negociación con los países socios, la CE y la UE promueven la integración de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva en los Documentos Estrategia País (Country Strategy Papers, CSP) y en los Planes Estratégicos de Reducción de la Pobreza, siempre con un profundo respeto al principio de apropiación por parte del país socio. 	
Comunicación de la CE al Consejo y el Parlamento Europeo COM (2004) 726: Marco de coherencia de políticas europeas para la acción exterior de lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria (Enfermedades de la pobreza). También “Programa europeo para la acción en la lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis en la acción exterior”, (Abril 2005).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Marco de acción en las tres enfermedades en los países más pobres, en países de renta intermedia y en áreas con partenariados complicados. Incluye proceso de consulta con beneficiarios y tiene en cuenta los resultados obtenidos en los últimos años. ■ A nivel de los países, se enfatiza el aumento de capacidades incluyendo los recursos humanos, (tratando de mitigar la emigración de personal cualificado -fuga de cerebros-) cooperación con los beneficiarios, inversión en servicios sociales, vigilancia y monitoreo de los resultados en salud. Fortalecimiento de la capacidad de producción local de productos farmacéuticos. ■ A nivel global, trabaja en 5 áreas: productos farmacéuticos asequibles, fortalecimiento de las capacidades reguladoras de los países, desarrollo de nuevas herramientas e intervenciones (por ej. vacunas y microbicidas) fortalecer los partenariados con agencias multilaterales y otras instituciones y mantener una voz europea fuerte en el contexto del G8 y en las cumbres de la EU. Además, la CE juega un rol importante en el GFATM, asumiendo la vicepresidencia y siendo uno de los principales donantes. 		

(Continúa)



(Continúa)

EUROPA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Regulación del Consejo (CE) No 953/2003 del 26 Mayo 2003: "Evitar el desvío comercial de ciertos medicamentos clave en la Unión Europea".	Establece un sistema global de precios escalonados para métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, TB y malaria y enfermedades relacionadas de los países menos adelantados, y previene el desvío de estos productos a otros mercados, asegurando que tienen lugar salvaguardas efectivas. De esta manera se pretende contribuir al acceso de medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades infecciosas.		
Estrategia de la UE para la Acción en la Crisis de Recursos Humanos en Salud en Países en Desarrollo (2005)	Este comunicado responde al desafío que se le plantea al Programa Europeo para combatir el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, reconocido en un documento de conclusiones publicado por el Consejo en Mayo de 2005. Se reconoce como factor crítico la carencia de personal sanitario en los países en desarrollo. Esto supone una barrera para la consecución de los ODM. El Comunicado es coherente con la Nueva Política de Desarrollo de la Comisión. Se engloba dentro de las orientaciones concretas propuestas por la Comisión para Migración, y es coherente con la nueva dimensión social de la globalización y los compromisos de coherencia de políticas de desarrollo.		europa-eu-un.org/articles/sk/article_5898_sk.htm
Programas Regionales de la UE	Eurosocial: El objetivo general consiste en contribuir a aumentar el grado de cohesión social de las sociedades latinoamericanas, actuando sobre las políticas públicas de educación, salud, de administración de la justicia, de fiscalidad y del empleo, para que pasen a ser auténticos vectores de cohesión social.	La actividad principal es el intercambio de experiencias entre administraciones de los países de la Unión Europea y América Latina. Coordinación: Institut de Recherche pour le Développement (IRD) – Francia Socios: Instituto de Salud Carlos III (España) Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) Organización Mundial de la Salud (Internacional/Dinamarca) Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Italia) Organización Iberoamericana de Seguridad Social (España) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Brasil) Fondo Nacional de Salud de Chile (Chile) Instituto Nacional de Salud Pública (México) Fundación ISALUD (Uruguay)	http://ec.europa.eu/comm/europeaid/projects/amlat/eurosocial_es.htm http://www.asia-initiative.org/
	RHIYA:	Programa de salud sexual y reproductiva y jóvenes para la región de Asia financiado por el FNUAP y la UE. Los países implicados son: Pakistán, Nepal, Bangladesh, Sri Lanka, Vietnam, Camboya y Laos.	

En el ámbito regional, es de interés considerar las iniciativas de las diferentes oficinas regionales de la OMS (África, América, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental -ver más adelante en marco institucional), así como su alianza con otros actores, por ejemplo, la Oficina Euromediterránea, con el proyecto Pan Árabe de Salud Familiar (Liga Árabe y otros actores) o la Iniciativa LACHSR sobre reforma del sector Salud en Latinoamérica (Organización Panamericana de la Salud, USAID, Universidad de Harvard).

En relación a Latinoamérica cabe destacar la Cumbre Iberoamericana de Salamanca, celebrada en Octubre de 2005; la declaración que de ella emanó se debe tomar como un referente respecto a las actuaciones en esta región. Estas y otras Convenciones y Declaraciones que constituyen el marco normativo de esta región se muestran en la siguiente tabla.

LATINOAMÉRICA Y CARIBE			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Organización de Estados Americanos (OEA) Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978)	Establece la obligación de los Estados a respetar los Derechos Humanos fundamentales y establecer las disposiciones de derecho interno necesarias para hacerlos efectivos. Establece la creación de los mecanismos de protección: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos.		http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html
OEA Protocolo de San Salvador. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988)	Texto legal que completa la Convención Americana de Derechos Humanos, en cuanto que reconoce los derechos económicos, sociales y culturales. Los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias, tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el mismo. Incluye medidas de control (art. 19) estableciendo, entre otras, la obligación de los Estados de presentar, de conformidad con el Protocolo, informes periódicos sobre las mismas.	Entre los derechos de segunda generación que se reconocen, se encuentran: el derecho al trabajo (art. 6); igualdad en las condiciones de trabajo (art. 7); derecho a la huelga y a la libertad sindical (art. 8); derecho a la seguridad social (art. 9); derecho a la salud (art. 10); derecho a un medio ambiente sano (art. 11); derecho a la alimentación (art. 12); derecho a la educación (art. 13); derecho a la constitución y protección de la familia (art. 15). El Protocolo protege a colectivos específicos, como los niños, los ancianos y los minusválidos (arts. 16, 17 y 18).	http://www.oas.org/SP/PROG/pg75-88.hym

(Continúa)



(Continúa)

LATINOAMÉRICA Y CARIBE			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
OIT Declaración de Cartagena sobre la Eliminación del Trabajo Infantil (1998)	De carácter no vinculante, la Declaración reitera el reconocimiento a los derechos de la infancia y expresa su rechazo a las peores formas de trabajo infantil; propone incrementar los esfuerzos para su abolición y promover, desde sus respectivas áreas de acción, la superación de las condiciones que sustentan esta realidad. Promueve la ratificación del Convenio 138 de la OIT sobre edad mínima de admisión al empleo entre los Estados de la región.	Es importante para la situación de las niñas en América Latina por la presencia de menores en el servicio doméstico, y sectores de explotación sexual con fines comerciales.	http://www.ilo.org/public/english/comp/child/text/standards/resolution/cartagena.htm
OEA Declaración de Lima. Carta Democrática Interamericana (2001)	Declaración de carácter no vinculante. Aborda la democracia en todas sus dimensiones, vinculada a los DD HH (incorporando derechos de tercera generación). Es considerada como esencial para el desarrollo social, político y económico de los pueblos de las Américas.	Los DDHH vienen caracterizados como una unidad sistemática, teniendo como características fundamentales la universalidad, indivisibilidad y la interdependencia (Art. 7). También están reconocidos los DDHH de los pobres (art. 14) de los niños (art. 16) de las mujeres (art. 9 y 16) de las minorías (art. 16) de los pueblos indígenas (art. 9) y de los emigrantes (art. 9).	http://www.oas.org/juridico/spanish/decl_lima.htm
OEA Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belem do Pará (1994)	Define la violencia contra la mujer y establece medidas para prevenirla y erradicarla. Ha supuesto un importante hito en la lucha contra la violencia de género, al establecer un marco jurídico internacional para toda la región.	Art.1: Para los efectos de esta Convención, debe entenderse por violencia contra la mujer ^a cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.	http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html

(Continúa)

^a Ver Glosario de conceptos.

(Continúa)

LATINOAMÉRICA Y CARIBE			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
OEA Declaración Política del Compromiso de Madrid (2002)	Se plantea enfrentar conjuntamente los graves desafíos del siglo XXI (erradicación de la pobreza, consolidación de la democracia, el desarrollo sostenible, multiculturalismo, pluriculturalismo, terrorismo, derechos de género, derechos del niño, sociedad de la información y globalización). Para ello, se proponen una serie de medidas económicas, políticas y de cooperación en los ámbitos cultural, educativo, científico, tecnológico, social y humano.		http://www.comunidadandina.org/documentos/dec_int/Madrid.htm
Cumbre Iberoamericana. Declaración de Salamanca (2005)	Alianza para el desarrollo sostenible y desarrollo de capacidades para enfrentar los desafíos de la pobreza y la desigualdad. Fortalecimiento institucional para diseñar e implementar políticas públicas de inclusión social, centradas en la educación y el derecho al trabajo en condiciones de dignidad, y en un contexto de creciente productividad, para todos los ciudadanos, que contribuyan a la reducción de la mortalidad infantil y la desnutrición crónica, y universalicen el acceso a los servicios de salud.	En el marco de los ODM propone impulsar programas de cooperación en el campo de la salud, que ayuden a combatir las pandemias y enfermedades curables.	http://www.cumbre-iberoamericana.org/Cumbreiberoamericana
OPS Organización Panamericana de la Salud Iniciativa LACHSR	En 2004, OPS y USAID firmaron un nuevo acuerdo de colaboración regional – por un período de 3 años y \$20 millones de dólares – para mejorar la salud materno-infantil, reducir las enfermedades infecciosas y fortalecer los sistemas de salud. El componente, Fortalecimiento de los Sistemas de Salud/Reforma del Sector Salud (RSS) del nuevo acuerdo, está destinado a mejorar el desempeño de los sistemas de salud mediante la formación de capacidades en salud pública, el desarrollo integral de los recursos humanos para la salud, y el fortalecimiento (Scaling-Up) equitativo, eficiente, y sostenible de los sistemas de salud.		http://www.lachsr.org/esp/ http://www.paho.org/default_spa.htm

En cuanto a África, en el ámbito del desarrollo, hay que destacar la iniciativa “*New Partnership for Africa’s Development*” (NEPAD), promovida y coordinada por la Unión Africana. Su estrategia en salud es un marco ineludible.

Por lo que respecta al SIDA, cabe citar en primer lugar el llamado “Consenso y Plan de Acción de Addis Abeba” de 2000, uno de cuyos Anexos es la “Declaración de Posición sobre Género, VIH/SIDA y Liderazgo”. Ambos fueron acordados en el marco del Foro Africano de Desarrollo de diciembre de 2000 (promovido por la Comisión Económica para África de NNUU) cuya segunda edición fue dedicada monográficamente al VIH/SIDA, bajo el título “SIDA: el desafío para un mayor liderazgo”.



Otra referencia esencial es la “Declaración de Abuja y el Marco de Acción de Abuja sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y otras Enfermedades Infecciosas Relacionadas”, de 2001. En noviembre de 2005, la Unión Africana adoptó un Marco de Armonización e Integración de Políticas sobre Derechos Humanos y Personas Infeccionadas y Afectadas por el VIH/SIDA en África (ver tabla).

ÁFRICA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Organización de la Unidad Africana -OUA Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981). Entrada en vigor 1986	La Carta recoge Derechos Humanos de las tres generaciones. Derechos fundamentales, políticos, civiles, económicos, culturales y sociales, derechos de solidaridad: a la Paz y la Seguridad; a un medio ambiente satisfactorio y global, derecho al desarrollo social, económico y cultural, etc.	Art. 16. Sobre el derecho a la salud física y mental y el compromiso de los Estados a proteger la salud y asegurar la atención médica a los enfermos.	http://heiwww.unige.ch/humanrts/instree/z1afchar.htm
Organización de la Unidad Africana -OUA Carta Africana de los Derechos y del Bienestar del Niño (1990). Entrada en vigor en 1999	Parte de la definición del niño como persona menor de 18 años, recoge los principios de interés superior y no discriminación, y enuncia una serie de derechos civiles y sociales. Además, tiene en cuenta características relevantes del contexto africano en la formulación de algunos de estos derechos. Destacan entre dichos aspectos específicos, el hincapié hecho en aquello que se refiere al fomento de los valores y de la identidad cultural africana en la educación.	Art. 14. Sobre los derechos del niño respecto a la salud: atención primaria, cuidados perinatales, nutrición adecuada, agua potable... Art. 21. Sobre la protección contra las prácticas sociales y culturales que afecten al bienestar, la dignidad y el desarrollo normal del menor, donde se situarían las prácticas de mutilación genital femenina.	http://www1.umn.edu/humanrts/africa/afchild.htm
New Partnership for Africa's Development- NEPAD Estrategia de Salud (2005)	La Estrategia de Salud hace especial hincapié en los sistemas nacionales de salud, las enfermedades transmisibles, la brecha digital, la creación de capacidades y los recursos humanos del sector salud (sobre todo en relación a la fuga de cerebros).		http://www.nepad.org/2005/files/health.php
El Consenso y Plan de Acción de Addis Abeba, Declaración de Posición sobre Género, VIH/ SIDA y Liderazgo (2000)	Aborda aspectos éticos como: <ul style="list-style-type: none"> ■ La necesidad de una educación sexual que incluya información sobre VIH/SIDA. ■ La lactancia materna. ■ La posibilidad de abortar de mujeres VIH positivas. ■ La discriminación de las mujeres. 		http://www.uneca.org/adf2000/adf2000.htm http://www.uneca.org/ADF2000/annexes.htm

(Continúa)

(Continúa)

ÁFRICA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Unión Africana (UA) Declaración de Abuja (2001)	Declaración sobre VIH/SIDA, Tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas. Abordaje integral de estas enfermedades en el marco de la pobreza, las migraciones y la globalización. Declaración del VIH/SIDA como emergencia en el continente. Estrategias de acción.		http://www.oau-oua.org/afrsummit/index.htm http://www.uneca.org/adf2000/Abuja%20Declaration.htm
Marco de Armonización e Integración de Políticas sobre Derechos Humanos y Personas Infectadas y Afectadas por el VIH/SIDA en África (2005)	Aborda el estado de la pandemia en África, la vulnerabilidad de las personas afectadas e infectadas por el VIH/SIDA, los Derechos Humanos de las Personas Viviendo con VIH/SIDA, las aproximaciones y marcos de Derechos Humanos de las personas infectadas y afectadas y las obligaciones de los Estados africanos.		http://www.africa-union.org/Social%20Affairs/Aids_day_2005/world_aids.htm

En la región de Asia, la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN) y su "Declaración de Penang: Salud sin Fronteras" son marcos de referencia prioritarios a nivel regional (ver tabla).

ASIA			
Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
NNUU Informe de la Reunión Regional para Asia de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Bangkok, 1993)	En el informe se establecen los aspectos centrales sobre los Derechos Humanos de la región.	Art. 23. En relación al derecho al desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social de una manera saludable y en condiciones de libertad y dignidad.	http://www.unhchr.ch/html/menu5/wcbangk.htm
ASEAN Declaración de Penang: Salud sin Fronteras (2004)	La salud es una prioridad para la cooperación y el desarrollo en el marco de la ASEAN, y es necesario asegurar la salud física y mental de la población y el derecho a vivir en armonía en un medio ambiente seguro. Incluye una colaboración regional para responder a determinadas enfermedades. y un marco de cooperación para integrar la medicina tradicional/complementaria y alternativa en los Sistemas Nacionales de Salud.		http://www.aseansec.org/16089.htm



Marco normativo nacional

Dentro de este epígrafe, en primer lugar se analizará la normativa nacional específica de cooperación al desarrollo. Posteriormente, se hará referencia a la normativa y acuerdos prioritarios que son relevantes para el sector salud.

La principal referencia legal es la vigente Ley 23/98 de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID). Dentro del contexto institucional del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación y la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (MAEC-SECI), en el marco de planificación, el principal documento de referencia para la Cooperación Española es el vigente *Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008*. En el marco de este PDCE, y como parte de los ciclos de planificación estratégica de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) se elaboran:

- Los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI) y sus seguimientos correspondientes.
- Los Documentos de Estrategia País (DEP).
- Los Documentos de Estrategia Sectorial (DES).

El primero tiene una vigencia anual, y los dos segundos cuatrienales. Todos estos documentos son de gran importancia a la hora de enmarcar las actuaciones de cooperación internacional en salud, sobre todo si se tiene en cuenta el carácter intersectorial de ésta.

LEYES Y PLANES POLÍTICOS NACIONALES DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO				
Organización	Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Cortes Generales	Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Ley 23/1998)	Establece los principios, objetivos, prioridades, modalidades e instrumentos de la Política Española de Cooperación para el Desarrollo.	<p>En su Artículo 7 (apartado a) contempla a la salud, en tanto servicio social básico y como una de las prioridades sectoriales de la Cooperación Española.</p> <p>En su artículo 18 habla de las actividades de otros Ministerios en materias de cooperación internacional para el desarrollo, entre los que se cuenta el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estos Ministerios serán responsables de la ejecución de los programas, proyectos y acciones dentro del ámbito de sus competencias, que serán coordinadas a través de los órganos establecidos al efecto en esta Ley, con observancia del principio de la unidad de acción del Estado en el exterior.</p>	http://www.AECID.es/

(Continúa)

^a Ley 23/98 de 7 de julio, de Cooperación internacional para el desarrollo. BOE nº 162, de 8 de julio de 1998.

^b MAEC/SECI (DGPOLDE). Plan Director de la Cooperación Española 2005--2008.

(Continúa)

Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) (MAEC-SECI)	Plan Director de la Cooperación Española (2005- 2008)	Elemento básico de planificación cuatrienal que determina las directrices, objetivos, prioridades y recursos presupuestarios para el periodo que abarca	<p>Se aborda la salud como una de las prioridades dentro del sector de cobertura de necesidades sociales, dirigida al aumento de las capacidades humanas (Capítulo III, págs.40-53).</p> <p>Las líneas estratégicas y actuaciones prioritarias que se señalan en este documento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud. ■ Mejora de la Salud Sexual y Reproductiva, y reducción de la mortalidad materna. ■ Mejora de la salud infantil. ■ Lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas (incluyendo VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, enfermedades olvidadas y acceso a medicamentos esenciales). 	http://www.maec.es/
---	---	---	--	---

Al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) se le otorga, de manera directa e indirecta, un papel importante en la Cooperación Española en el sector salud (Art. 18 de la LCID; Plan Director 2005-2008). En este sentido, hay que tener en cuenta los apartados referentes a las competencias del MSC en salud internacional dentro de la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS), así como el marco legal y las competencias del MSC en materia de sanidad exterior (Real Decreto 1418/86). Por otra parte, hay que hacer referencia a la Ley 16 /2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se contempla la Cooperación Internacional al desarrollo en salud (ver tabla).

Respecto a la planificación y acción del MSC en salud internacional, el marco de referencia es el documento “*Las acciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en el marco de la relaciones internacionales*” (Sub. Gral. Relaciones Internacionales- 2004). Es de interés citar los Planes de Actuación Conjunta Internacional, llevados a cabo en diferentes áreas y con diferentes organismos internacionales, como luego será comentado en el marco institucional. También en el ámbito del MSC, se llevan a cabo proyectos propios de cooperación internacional, como el Proyecto ESTHER de VIH/SIDA.



LEYES Y PLANES POLÍTICOS NACIONALES DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO ESPECÍFICOS DE SALUD EN EL ÁMBITO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO				
Organización	Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Cortes Generales	Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS)	La Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Incluye diversas consideraciones sobre la estructura del sistema sanitario español, tanto en lo que se refiere a problemas de salud concretos como a la definición de actores y sus competencias dentro de la sanidad nacional.	Art. 38: "1. Son competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales (...)". Art.39: "Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colaborará con otros países y organismos internacionales: en el control epidemiológico, en la lucha contra las enfermedades transmisibles, en la conservación de un medio ambiente saludable, en la elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales; en la investigación biomédica y en todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud. Prestará especial atención a la cooperación con las naciones con las que tiene mayores lazos por razones históricas, culturales, geográficas y de relaciones en otras áreas, así como a las acciones de cooperación sanitaria que tengan como finalidad el desarrollo de los pueblos. En el ejercicio de estas funciones, las autoridades sanitarias actuarán en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores".	http://www.msc.es/normativa/home.htm

(Continúa)

(Continúa)

LEYES Y PLANES POLÍTICOS NACIONALES DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO ESPECÍFICOS DE SALUD EN EL ÁMBITO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO				
Organización	Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Gobierno	Real Decreto 1555/2004, de 25 de junio	En este R.D. se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Establece las funciones que competen a la Subdirección General de Relaciones Internacionales, que ejercerá las funciones que se refieren en los párrafos de la l a la ñ del Art.5, punto 1.	Art.5, punto1: l. La gestión de las relaciones internacionales y la participación en organismos internacionales y comunitarios; la legalización de los documentos que puedan surtir efecto en el extranjero. m. La preparación de los proyectos de convenios y acuerdos internacionales en las materias que competen al departamento. n. La coordinación de los asuntos relacionados con la cooperación al desarrollo en materias propias del ministerio, de acuerdo con los criterios que establece la Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el desarrollo, en relación con el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. ñ. Proponer al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el catálogo de recursos a disposición de programas de cooperación internacional.	http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd1555-2004.html
Gobierno	Real Decreto 1418/86	Este R.D establece las funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de Sanidad Exterior	1. Control y Vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias en el tráfico internacional de mercancías (alimentos, géneros medicinales, cosméticos, plaguicidas, productos químicos, animales...) 2. Control y Vigilancia sanitaria del tráfico internacional de personas 3. Control y Vigilancia higiénico-sanitaria de puertos, aeropuertos de tráfico internacional, puestos fronterizos y medios de transporte internacional.	http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/inforGeneral.htm

(Continúa)



(Continúa)

LEYES Y PLANES POLÍTICOS NACIONALES DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO ESPECÍFICOS DE SALUD EN EL ÁMBITO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO				
Organización	Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Gobierno	Ley 16 /2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.	El objeto de esta Ley es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.	Art. 68. 2. El Ministerio de Sanidad y Consumo creará una infraestructura de comunicaciones que permita el intercambio de información y promueva la complementariedad de actuaciones en (...) cooperación internacional [entre otras materias] .3. Las Administraciones públicas sanitarias apoyarán la participación en estas redes de organismos internacionales, nacionales, autonómicos, locales o del tercer sector. D.A. SÉPTIMA. Cooperación al desarrollo sanitario. Para la cooperación al desarrollo sanitario en países con necesidades en materia de salud, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborará un catálogo de recursos a disposición de programas de cooperación internacional, en coherencia con los valores de equidad y de lucha por la disminución de las desigualdades, que inspiren el Sistema Nacional de Salud. Sin perjuicio de lo previsto en el párrafo anterior, las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias, podrán elaborar y desarrollar programas de cooperación al desarrollo sanitario, a cuyo efecto podrán recabar el apoyo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional del Salud.	http://www.msc.es/normativa/home.htm

(Continúa)

(Continúa)

LEYES Y PLANES POLÍTICOS NACIONALES DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO ESPECÍFICOS DE SALUD EN EL ÁMBITO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO				
Organización	Documento	Contenido	Relevancia para el sector	Web
Sub. Gral. De Relaciones Internacionales (MSC)	Las acciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en el marco de las relaciones internacionales (2004).	<p>Las Relaciones Internacionales en el ámbito de la salud tienen como fin: 1. Participar activamente en las políticas de salud internacional y reforzar la presencia española en estos ámbitos. 2. Colaborar con las instituciones y defender los intereses de España en el marco de los derechos de la Unión Europea (UE), y conseguir que nuestro país tenga mayor peso específico en los organismos comunitarios. 3. Contribuir al desarrollo realizando aportaciones a las políticas públicas internacionales y a los asuntos prioritarios en materia sanitaria, incluidos en las agendas de los gobiernos. 4. Cooperar con los países en desarrollo, prioritarios de la Cooperación Española, en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). 5. Proporcionar Asesoría Técnica de vanguardia en el campo de la salud, con el fin de exportar líneas de excelencia en las que España tiene reconocido prestigio internacional. 6. Difundir las experiencias novedosas de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).</p> <p>El principio fundamental que sustenta la política española de Cooperación para el Desarrollo radica en fortalecer el sistema sanitario de los países prioritarios, con el fin de reducir las desigualdades en salud y garantizar la cobertura y la equidad en el acceso universal de los ciudadanos a los servicios sanitarios.</p>		http://www.msc.es/organizacion/orgInternacionales/relInternacionales/home.htm
Plan Nacional sobre el SIDA (MSC)	Proyecto ESTHER "Red de Solidaridad Hospitalaria contra el SIDA".	<p>Los objetivos de ESTHER son los siguientes: 1. Formación técnica en el manejo integral del paciente VIH/SIDA para profesionales de salud 2. Apoyo en el suministro de equipamiento técnico y de laboratorio para el diagnóstico en función de la disponibilidad y necesidades.</p> <p>En colaboración con otros organismos internacionales y con los Ministerios de Salud, se promocionará el acceso a los servicios de salud y a una atención integral acorde con los estándares actuales de calidad, al mayor número posible de personas infectadas por el VIH, en los países en desarrollo. Los proyectos serán adaptados a cada situación específica, teniendo en cuenta la diversidad geográfica, epidemiológica y de organización de servicios de salud. Los proyectos se ajustarán a las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA, a las de las organizaciones internacionales y a otros proyectos que complementen esta iniciativa.</p> <p>Cuatro países lideran el proyecto: Francia, España, Italia y Luxemburgo. Posteriormente, en 2004 se adhirieron: Portugal, Austria, Bélgica y Alemania.</p>		http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/cooperacionInt/home.htm

En el ámbito competencial de los Ministerios de Economía y Hacienda, por un lado, e Industria, Turismo y Comercio, por otro, los posibles marcos con una relevancia para el sector salud tienen que ver con las cuestiones de Cooperación Multilateral y Financiera y Fondos de Ayuda al Desarrollo (como la Ley 66/1997 y sus revisiones).



Anexo VII. Marco institucional

La Cooperación Internacional para el Desarrollo aglutina gran cantidad de actores multilaterales a nivel mundial y regional, así como en los ámbitos nacional, autonómico y local. Éstos se hallan involucrados a distintos niveles y con mandatos y objetivos diferentes en la definición y puesta en marcha de las acciones de la Agenda Internacional del Desarrollo. La Cooperación Española debe establecer relaciones que le faciliten una mejor coordinación, coherencia y armonización, tanto entre los diversos actores de la política de Cooperación Española como con diversos organismos e instituciones internacionales, que permitan una mejora en la gestión y en los resultados.

La inclusión del marco institucional en el marco de referencia tiene dos objetivos:

1. Aportar información concisa sobre los diferentes actores, que facilite el conocimiento del mandato de cada uno y su posición en el complejo entramado de las organizaciones que trabajan en salud.
2. Mostrar con qué organismos habría que tener una relación directa de coordinación por su mandato expreso para salud y desarrollo; y con quiénes habría que establecer una relación complementaria (o de coordinación indirecta) que propiciara la coherencia de políticas y armonización de acciones, por ser actores u organizaciones que, siendo su mandato específico de otro sector o de desarrollo en general, tienen una relevancia en el sector, a tomar en consideración para reducir la duplicidad de esfuerzos y establecer sinergias favorables para el desarrollo y la salud.

A. Marco institucional internacional

La Cooperación Española debe tener en cuenta los profundos y complejos cambios que se han operado en la escena internacional de la cooperación en salud, a la hora de priorizar y desarrollar vínculos, contribuciones financieras y coordinaciones interinstitucionales. En un segundo término, debe tratar de articular las ventajas comparativas de los actores internacionales de relevancia en la cooperación sanitaria con el papel que España pretende jugar en esa escena. Para ello es necesario sistematizar las principales organizaciones internacionales implicadas directa o indirectamente en el sector salud, algo que no resulta fácil, por la diversidad de formas de organización que necesitan ser consideradas.

1. Mecanismos Internacionales de Coordinación Directa

La Organización de las Naciones Unidas es un organismo que se constituye con la entrada en vigor de la "Carta de las Naciones Unidas", el 24 de octubre de 1945. Dentro del complejo sistema formado por esta Organización, existen múltiples Agencias, Oficinas, Fondos, Programas, Comisiones etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo de las NNUU especializado en salud, creado el 7 de abril de 1948, y actualmente integrado por 192 Estados Miembros y dos Miembros Asociados. Sin embargo, también algunos otros organismos de las NNUU tienen competencias en este sector.

ORGANIZACIONES MULTILATERALES DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS				
Tipología	Organización ^a (fundación)	Mandato formal ^b	Relevancia para el sector	Web
Agencias especializadas^c	OMS (1948)	Apoyar el goce del grado máximo de salud para todos los pueblos. La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.		http://www.who.int/es/
Programas y fondos^d	UNICEF (1946)	Fomentar el reconocimiento y cumplimiento de los derechos de los niños, ayudar a cubrir sus necesidades básicas y expandir sus oportunidades para que alcancen plenamente su potencial. Esta misión está guiada por los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño.	Salud Infantil Salud Sexual y reproductiva VIH/SIDA, Malaria y TB Nutrición	http://www.unicef.org/spanish/
	FNUAP (1969)	Promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.	Salud Sexual y reproductiva VIH/SIDA	http://www.unfpa.org/sitemap/sitemap-esp.htm
	PNUD (1965)	Ayudar a los países en sus esfuerzos por alcanzar un desarrollo humano sostenible, asistiéndoles en la construcción de su capacidad para diseñar e implementar programas de erradicación de la pobreza, creación de empleo y medios de vida sostenibles, empoderamiento de la mujer y protección y regeneración del medio ambiente, dando un papel prioritario a la erradicación de la pobreza. Canalizar la cooperación técnica para los países en desarrollo, y coordinar toda la asistencia técnica de NNUU a nivel del país.	Pobreza VIH/SIDA Desarrollo	http://www.undp.org/spanish/
	ONUSIDA (1996)	Principal impulsor de la acción mundial contra el VIH/SIDA. Encargada de dirigir, fortalecer y apoyar una respuesta ampliada al VIH y al SIDA.	VIH/SIDA Salud Sexual y reproductiva	http://www.unaids.org/en/default.asp

^a Se puede consultar la lista de "Abreviaturas y Acrónimos".

^b Es importante distinguir entre mandato formal y efectivo. El mandato formal es una declaración acordada sobre el propósito o razón de ser de una organización, usualmente contenida en una constitución, una carta o artículos del acuerdo. El mandato efectivo se refiere a cómo a lo largo del tiempo, se interpreta el formal, cuando el propósito y las funciones de la organización operan en actividades concretas y específicas.

^c Las agencias especializadas son organizaciones afiliadas a NNUU con constituciones propias, Estados miembros, cuerpos de gobierno y mecanismos financieros autónomos, que operan de manera independiente de la Asamblea General, y que trabajan bajo el mecanismo de coordinación del Consejo Económico y Social.

^d Los Fondos y Programas son órganos subsidiarios de la Asamblea General y que informan al Consejo Económico y Social, establecidos generalmente para tratar cuestiones específicas. Los cuerpos de gobierno tienen una representación más limitada, y las actividades son financiadas fundamentalmente por contribuciones voluntarias.



Además de las Naciones Unidas, existen otras organizaciones multilaterales con actividades en el sector salud. Entre ellas, cabe destacar el Banco Mundial (BM) por su importantísimo papel en la financiación de actuaciones relacionadas con la salud, pero también como organismo del que parten numerosas iniciativas que entran en la agenda internacional para este sector. El BM fue fundado el 1 de julio de 1944, en una conferencia celebrada en Bretton Woods (New Hampshire) en la que participaron representantes de 44 gobiernos. Actualmente lo constituyen 5 organizaciones y consta de 184 países miembros.

OTRAS ORGANIZACIONES MULTILATERALES			
Organización ^a	Mandato	Relevancia para el sector	Web
Banco Mundial	<p>El BM es una fuente de asistencia financiera y técnica para los países en desarrollo. Tiene la misión de reducir la pobreza en el mundo y mejorar los niveles de vida de la gente.</p> <p>Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo (BIRD).</p> <p>Proporcionar capital financiero para asistir a la reconstrucción y desarrollo de los Estados miembros. Centra su actividad en los países de ingresos medios y países en desarrollo con capacidad crediticia.</p> <p>Asociación Internacional de Desarrollo (AID).</p> <p>Promover el desarrollo, aumentar la productividad y elevar así el nivel de vida de las áreas menos desarrolladas del mundo. Trabaja con los países más pobres que no tienen capacidad crediticia.</p>	<p>Tiene una importantísima incidencia en las políticas de cooperación al desarrollo en el sector salud, y canaliza fondos multilaterales con este fin. Ha elaborado estrategias sectoriales para: Salud, Nutrición y Población; VIH/SIDA; Malaria; existiendo además estrategias sectoriales por regiones. El BM trabaja temas relacionados con:</p> <p>Sistemas de Salud Servicios de salud Pobreza y salud Economía de la salud Salud Sexual y reproductiva VIH/SIDA Malaria y Tuberculosis Salud Mental Salud Infantil Nutrición Salud escolar Otros Problemas de Salud Prevalentes Control del tabaquismo Seguridad vial Agua y saneamiento</p>	<p>www.worldbank.org</p>

^a Consultar lista de "Abreviaturas y Acrónimos".

En el plano de la cooperación bilateral es muy importante el esfuerzo que deben realizar todos los países donantes por elaborar marcos y estructuras de coordinación directa entre ellos -entre sus agencias de cooperación u organismos análogos-.

ORGANIZACIONES NACIONALES (Ejemplos Seleccionados)		
País	Organismo responsable de la cooperación (Siglas)	Web
Alemania	Agencia para la Cooperación Técnica (GTZ)	http://www.gtz.de/en/
Canadá	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA)	http://www.acdi-cida.gc.ca/index-e.htm
Estados Unidos	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)	http://www.usaid.gov/espanol/
Francia	Departamento para la cooperación Internacional-Grupo de la Agencia Francesa de Desarrollo (Afd)	http://www.afd.fr/jahia/Jahia/lang/fr/pid/1
Noruega	Agencia Noruega de Cooperación al Desarrollo (NORAD)	http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=1139&V_LANG_ID=0
Reino Unido	Departamento de Desarrollo Internacional (DFID)	http://www.dfid.gov.uk/
Suecia	Agencia Sueca de Cooperación al Desarrollo Internacional (SIDA)	http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=121&language=en_US
Suiza	Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE)	http://www.cosude.org/

En lo que respecta a organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil cabe también destacar algunas que, siendo de ámbito internacional, tienen un cometido importante en el sector de la salud. Una de las más novedosas es el caso de los Fondos Globales, que son coaliciones y alianzas de diversos actores, tanto públicos como privados, que unen sus capacidades financieras, de investigación y operacionales para el financiamiento y generación de los bienes públicos globales de salud. Además, existen muchas otras tipologías de organización: fundaciones, redes, foros etc. Algunos ejemplos de cada tipo aparecen en la tabla siguiente.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (Ejemplos Seleccionados)	
Tipología	Organizaciones
ONGD	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ámbito global: Health Action International, Management Science for Health, OXFAM, Population Council, Population Action International ■ Ámbito regional: AMREF (Fundación africana para la Medicina y la Investigación) ■ Estatus especial: Cruz Roja, Instituciones Religiosas

(Continúa)



(Continúa)

Fondos globales y alianzas público-privadas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fondo Global contra el SIDA, Malaria y TB (GFATM) http://www.theglobalfund.org/es/ ■ Iniciativa Global por la Salud del Foro Económico Mundial (SIDA, TB y malaria) http://www.weforum.org/en/initiatives/globalhealth/index.htm ■ Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (GAVI) http://www.gavialliance.org/ ■ Iniciativa Global para Erradicación de la Polio (GPEI) http://www.polioeradication.org/ ■ Iniciativa Internacional Vacuna contra el SIDA (IAVI) http://www.iavi.org/ ■ Partenariado de Europa y países en desarrollo para los Ensayos Clínicos (EDCTP) http://www.edctp.org/ ■ Empresa Conjunta de Medicinas para la Malaria (MMV) http://www.mmv.org/rubrique.php3?id_rubrique=15 ■ Alianza Global para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis http://www.tb Alliance.org/ ■ Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) http://www.dndi.org/
Otras organizaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fundaciones: Bill y Melinda Gates, Dag Hammarskjöld ■ Redes: Consejo Internacional de Organización de Servicios (SIDA-ICASO), Red de Economía y de Sistemas de Salud en Magreb (RESSMA), International Women's Health Coalition, EURONGOS (ONG europeas para los derechos de salud sexual y reproductiva, población y desarrollo), International Federation of Medical Students Associations (IFMSA) ■ Foros: Foro Global para la investigación sanitaria, Foro de Salud Pública de Asia del Sur, Foro Global para la Salud Reproductiva ■ Campañas: Acceso a Medicamentos (Médicos Sin Fronteras) ■ Centros: CDC en Atlanta (Centro para el Control de Enfermedades), ICDDR en Bangladesh (Centro para la Investigación en Salud y Población) ■ Universidades/Institutos: Instituto Nuffield, Instituto de Medicina Tropical de Amberes (ITR), London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), Instituto Centro Americano de Salud (ICA), División de Economía Salud y VIH/SIDA (Universidad de Natal) ■ Sociedades: International AIDS Society

2. Mecanismos Internacionales de Coordinación Indirecta

En este apartado se hace referencia a aquellos actores u organizaciones que, siendo su mandato específico de un sector distinto al sanitario o de desarrollo en general, tienen una relevancia en el sector salud que debe ser tomada en consideración para reducir la duplicidad de esfuerzos y establecer sinergias favorables para el desarrollo y la salud.

Algunas de estas organizaciones pertenecen al Sistema de las Naciones Unidas y su mandato y relevancia para el sector salud se indican en la siguiente tabla.

ORGANIZACIONES MULTILATERALES DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS				
Tipología	Organización (Fundación)	Mandato formal	Relevancia para el sector	Web
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las NNUU	Es uno de los órganos principales de las Naciones Unidas, junto con la Asamblea General, Consejo de Seguridad, Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia y la Secretaría Gral. Promueve niveles de vida más elevados, el pleno empleo y el progreso económico y social; identifica soluciones para los problemas de salud, económicos y sociales en el plano internacional; facilita la Cooperación en el orden cultural y educativo; fomenta el respeto universal de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales. Coordina la labor económica y social de las Naciones Unidas, instituciones y organismos especializados, y emite recomendaciones a la Asamblea y Estados miembros.		http://www.un.org/spanish/documents/esc/
Agencias especializadas	OIT (1919)	Fomentar la justicia social y los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos.	Seguridad Social VIH/SIDA en el ámbito laboral Seguridad y salud en el trabajo Migración laboral internacional (ej: personal sanitario) Condiciones de trabajo (ej: del personal sanitario) Diálogo social sobre servicios de salud	http://www.ilo.org/public/spanish/index.htm
	UNESCO (1946)	Contribuir a la conservación de la paz y de la seguridad estrechando, mediante la educación, la ciencia y la cultura, la colaboración entre las naciones.	Educación Mujeres e igualdad de género VIH/SIDA Poblaciones Indígenas Agua Derechos Humanos	http://www.unesco.org/es
	FAO (1945)	Alcanzar la seguridad alimentaria para todos, y asegurar que las personas tengan acceso regular a alimentos de buena calidad que les permitan llevar una vida activa y saludable. Brinda sus servicios tanto a países desarrollados como a países en desarrollo.	Nutrición (políticas y estrategias, seguridad alimentaria, formación y educación, etc.) Inocuidad y calidad de los alimentos y prevención enfermedades de origen alimentario (ej: Codex Alimentarius, control etc.)	http://www.fao.org/index_es.htm

(Continúa)



(Continúa)

Programas, fondos y foros	ACNUR (1950)	Garantizar los derechos y el bienestar de los refugiados.	Situaciones que precisan Ayuda Humanitaria Derechos Humanos	http://www.acnur.org/
	PNUMA	Dirigir y alentar la participación en el cuidado del medio ambiente, inspirando e informando a las naciones y a los pueblos sobre los medios para mejorar la calidad de vida sin poner en peligro la de las futuras generaciones.	Su importancia para el sector sanitario viene dada por la estrecha relación entre el medio ambiente y la salud.	http://www.unep.org/
	PMA	Como organismo encargado de ayuda alimentaria de las NNUU, va dirigido tanto a dar respuesta a necesidades urgentes, como a apoyar el desarrollo económico y social.	Situaciones de Ayuda Humanitaria Grupos vulnerables (niños, madres) Salud y educación nutricionales Fortalecimiento institucional Género	http://www.wfp.org/english/
	UNIFEM (1985)	Forma parte del PNUD Proporciona asistencia técnica y financiera para programas innovadores y estrategias para promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género.	Género Derechos Humanos Salud sexual y reproductiva VIH/SIDA	http://www.unifem.org/
	Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas	Proveer asesoramiento y realizar recomendaciones al ECOSOC, al sistema de Naciones Unidas y a otras entidades sobre las Poblaciones Indígenas.	Hace tomar conciencia resaltando las múltiples formas de discriminación que padecen los pueblos indígenas, especialmente las mujeres y niñas, así como las circunstancias de especial vulnerabilidad, a través de las acciones que recomienda y coordina.	http://www.un.org/esa/socdev/unpfii .
Otros organismos	<p>Oficinas, como la del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, o la de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).</p> <p>Institutos, como el de Investigación para el Desarrollo Social (UNRISD).</p> <p>Comisiones Orgánicas, como la de Desarrollo Social, Derechos Humanos.</p>			

Aparte de las NNUU, existen otras organizaciones con importantes funciones en cooperación al desarrollo y que deben ser tenidas en cuenta para trabajar en el sector salud. Las principales son: por un lado, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que se ha convertido en una fuente de información comparativa, de análisis y de previsiones que permiten a los países fortalecer su cooperación. Actualmente, la OCDE cuenta con 30 países miembros, y cerca de 70 países con economías en desarrollo y en transición están asociados con su trabajo. El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE establece, entre otras cosas, la clasificación de los sectores y subsectores a los que se destina la AOD^a, y elabora estadísticas sobre los flujos de AOD internacional. También realiza numerosos estudios sobre cooperación internacional al desarrollo en diversos sectores, y promueve evaluaciones periódicas de los sistemas de cooperación de los países miembros. En la actualidad, el CAD de la OCDE es una institución de referencia en materia de cooperación internacional al desarrollo.

Por otro lado, también la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) llevan a cabo actividades relacionadas con la cooperación al desarrollo, que influyen sobre el sector salud. En la siguiente tabla se analizan los mandatos de esas tres instituciones y su relevancia para la salud.

OTRAS ORGANIZACIONES MULTILATERALES			
Organización	Mandato	Relevancia para el sector	Web
OMC (1995)	El propósito primordial de la OMC es contribuir a que las corrientes comerciales circulen con fluidez, libertad, equidad y previsibilidad. El objetivo es mejorar el bienestar de la población de los países Miembros.	Medicamentos Agentes biológicos y artículos alimenticios Patentes y marcas Servicios de Salud	http://www.wto.org/indexsp.htm
FMI (1945)	Fue creada para promover la cooperación económica, impulsar el crecimiento económico y altos niveles de empleo, y para proveer de ayuda financiera temporal a los países que lo necesitaran para ayudarles a ajustar la balanza de pagos.	Aspectos económicos y financieros relacionados con la salud y la pobreza.	http://www.imf.org/external/esl/index.asp
CAD/OCDE	El CAD es un foro de los principales donantes bilaterales, que trabajan juntos para aumentar la efectividad de sus esfuerzos comunes en apoyo de un desarrollo sostenible. Se concentra en dos áreas principales: <ul style="list-style-type: none"> • Cómo la Cooperación Internacional al Desarrollo contribuye a la capacidad de los países en desarrollo para participar en la economía mundial. • La capacidad de las personas para superar la pobreza y participar plenamente en sus sociedades. 	Elabora diversos documentos sobre salud, en particular en su relación con la pobreza. Para ayudar a los donantes a focalizarse en la reducción de la pobreza, el CAD ha lanzado la iniciativa POVNET, dentro de la cual se ha dado cabida a diversas iniciativas relacionadas con la salud.	http://www.oecd.org/dac

^a Ver Anexo III Clasificación CRS de la AOD en Salud



En último lugar, cabe mencionar algunas organizaciones de la sociedad civil del ámbito internacional, cuyas actuaciones tienen una influencia indirecta sobre el sector salud.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (Ejemplos Seleccionados)	
Tipología	Organizaciones
ONGD	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejo Mundial de Iglesias, <i>Global Health Council</i>, WEMOS, <i>South Centre</i>, <i>People's Health Movement</i>, etc. ■ CONCORD Confederación de ONG Europeas para la Asistencia y el Desarrollo^a.
Otras organizaciones	Dentro de las diferentes categorías de organizaciones contempladas anteriormente en los mecanismos de coordinación directa, se incluyen muchos organismos que se deben tomar como referencia para la coordinación indirecta.

B. Marco institucional internacional regional

Los organismos descritos en los cuadros que siguen corresponden a aquellos cuya ubicación está en Europa, América Latina y Caribe, África y Asia. Si bien aquellas pertenecientes a la Unión Europea ejecutan acciones que afectan a los países en desarrollo, las otras tienen centrada su actuación en el ámbito geográfico en el que están establecidas, para los propios países que la componen.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de las Organizaciones, Fondos y Programas de Naciones Unidas con mandato en el sector salud (OMS, FNUAP, ONUSIDA...) tienen Oficinas Regionales con estrategias de acción adaptadas a cada ámbito geográfico.

INSTITUCIONES DE EUROPA			
Organismo	Mandato	Relevancia para el sector	Web
Comisión Europea Dirección General de Desarrollo	Potenciar políticas de desarrollo en todos los países en desarrollo, agrupados en los países ACP (África, Caribe y Pacífico) y los Países y Territorios Insulares. Como fin último, su misión es reducir y, por último, erradicar la pobreza en los países en desarrollo, y promover un desarrollo sostenible, en democracia, paz y seguridad.	Departamento de Desarrollo Social y Humano, que a su vez se divide en 4 áreas temáticas: <ul style="list-style-type: none"> ■ Educación y formación ■ Salud, SIDA y Población ■ Desarrollo Social y Género ■ Cultura 	http://ec.europa.eu/comm/development/body/theme/human_social/index_en.htm
Parlamento Europeo Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria	Supervisión y responsabilidad política sobre la Agencia Europea del Medicamento, la Agencia Europea de Medio Ambiente, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, la Oficina Veterinaria y de Alimentos y el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades. Establece redes de trabajo en las tres áreas y mantiene contactos con otras instituciones europeas, organismos internacionales y gobiernos nacionales.		http://europa.eu/pol/health/index_es.htm

(Continúa)

^a A través de sus 18 redes internacionales y sus 20 asociaciones nacionales de Estados miembros y países candidatos, representa a más de 1.500 ONG europeas ante las instituciones de la UE. URL: <http://www.concordeurope.org/>

(Continúa)

Comité Europeo Económico y Social	Su mandato es ser un puente entre la sociedad civil organizada y Europa. Es un órgano consultor de la UE que constituye una plataforma para los grupos de interés en asuntos sociales y ocupacionales, jugando un papel en el proceso de toma de decisiones de la UE.	La sección Empleo, Asuntos Sociales y Ciudadanía (SOC) cubre la formulación de políticas de empleo, condiciones de trabajo, salud ocupacional, protección social, seguridad social, inclusión social, equidad de género, combate de la discriminación, mejora de la libre circulación, inmigración/integración/asilo, educación y formación, derechos de la ciudadanía y democracia participativa en la UE.	http://www.eesc.europa.eu/index_en.asp
Oficina Regional Europea de la OMS	La Oficina Regional Europea tiene como misión asegurar el derecho básico de acceso a la salud para 165 millones de personas, de 52 países que conforman Europa, que viven por debajo de la línea de pobreza.	Cubren todas las áreas de la Salud Pública. Cabe resaltar bases de datos con información sobre los indicadores sanitarios de todos los países.	http://www.euro.who.int/

INSTITUCIONES DE AMÉRICA LATINA Y CARIBE

Organismo	Mandato	Relevancia para el sector	Web
Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL)	La CEPAL es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas, y su sede está en Santiago de Chile. Se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo. Posteriormente, su labor se amplió a los países del Caribe y se incorporó el objetivo de promover el desarrollo social.	Cinco grandes áreas de cooperación: económica, social (que abarca la incorporación de la perspectiva de género, la protección a la infancia, la cohesión social y las políticas de protección social), medio ambiente y desarrollo sostenible, (comprende los temas ambiental, de recursos naturales y la evaluación de desastres naturales) y áreas de planificación y gestión fiscal.	http://www.eclac.cl/
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	El BID se creó en 1959 como una institución de desarrollo para contribuir a acelerar el proceso de desarrollo económico y social, individual y colectivo, de los países miembros regionales en vías de desarrollo de América Latina y Caribe.	Con programas y proyectos en agua y saneamiento, en salud: instituciones y gestión, nutrición y bienestar, prevención de enfermedades, privatización, programas de salud, reforma y financiamiento, salud materno-infantil, servicios de salud y atención especializada.	http://www.iadb.org/index.cfm?language=spanish

(Continúa)



(Continúa)

Oficina Regional de las Américas de la OMS (OPS)	La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.	http://www.paho.org/default_spa.htm
Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral y Agencia Interamericana para la Cooperación y el Desarrollo (OEA)	Trabaja para promover la buena gobernabilidad, fortalecer los derechos humanos, fomentar la paz y la seguridad, expandir el comercio y abordar los complejos problemas causados por la pobreza, las drogas y la corrupción. La misión de la AICD consiste en profesionalizar y magnificar la "cooperación técnica" y los "programas de capacitación" para ayudar a los pueblos de las Américas a superar la pobreza, aprovechar la revolución digital y adelantar su desarrollo económico y social.	http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.cidi.oas.org/cidi_S.asp

INSTITUCIONES DE ÁFRICA

Organismo	Mandato	Relevancia para el sector	Web
New Partnership for Africa's Development (NEPAD)	Es una visión y un marco estratégico de la renovación del continente africano que trabaja para erradicar la pobreza, por un desarrollo sostenible de todos los países, por una mayor presencia de África en el proceso actual de la globalización y para acelerar el empoderamiento de las mujeres.	Estrategia de acción que contiene acciones sobre los sistemas nacionales de salud, las enfermedades transmisibles, la brecha digital, la creación de capacidades y los recursos humanos del sector salud (sobre todo en relación a la fuga de cerebros).	http://www.nepad.org
Comisión Económica para África (UNECA)	Es una de las 5 comisiones regionales de las Naciones Unidas; se concentra en la promoción de políticas y estrategias subregionales y regionales que aumenten la cooperación e integración entre los países africanos, sobre todo en las esferas de la producción, el comercio, las cuestiones monetarias y la infraestructura, así como en la esfera institucional. Tiene varios documentos sobre Salud y África.		http://www.uneca.org/
Centro Africano de Género y Desarrollo (ACGD)	El Centro Africano de Género y Desarrollo es una división de la Comisión Económica para África de las Naciones Unidas. Se estableció en 1975 y ofrece sus servicios a nivel nacional, regional y sub-regional en los temas relacionados con género y desarrollo.		http://www.uneca.org/fr/acgd/en/800x600/acgd.htm

(Continúa)

(Continúa)

Banco Africano de Desarrollo	El BAD es un banco multilateral de desarrollo cuyos beneficiarios incluyen 53 países africanos y 24 países no africanos (América, Asia y Europa). El BAD es la primera institución financiera de África, y está dedicado a combatir la pobreza, mejorar la vida de las poblaciones del continente y movilizar recursos para el progreso económico y social a través de préstamos, inversiones equitativas y asistencia técnica.	2 áreas de interés con estrategias integrales desarrolladas: -Salud y nutrición -VIH/SIDA	http://www.afdb.org/
Unión Africana	La UA es la primera y principal organización para promover la integración socio-económica acelerada del continente, a través de una mayor unidad y solidaridad entre los pueblos y países africanos, tanto representados por los gobiernos como por la sociedad civil, en particular las mujeres y jóvenes, y el sector privado. La UA se centra en la promoción de la paz, la seguridad y la estabilidad, como requisito para la implementación del desarrollo en la agenda de la Unión.	Tiene una Comisión de Salud, Trabajo y Asuntos Sociales.	http://www.africa-union.org/
Oficina Regional de África de la OMS (AFRO)	Su misión es incrementar la capacidad de los Estados Miembro para llevar a cabo estrategias que permitan asistir a las comunidades en los principales problemas de salud, a través de una acción integrada.	Existe una División de SIDA, TB y malaria, División de Enfermedades Infecciosas, Prevención y Control, División de Ambientes Saludables y Desarrollo Sostenible, División de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, División de Familia y Salud Reproductiva, División de Sistemas de Salud.	http://www.afro.who.int/
Oficina Regional del Mediterráneo Oriental de la OMS (EMRO)	Su misión es incrementar la capacidad de los Estados Miembro para llevar a cabo estrategias que permitan asistir a las comunidades en los principales problemas de salud, a través de una acción integrada.	Programas prioritarios: • Iniciativa libre de tabaco • Stop TB • Roll Back Malaria • Iniciativas Basadas en la comunidad • Erradicación de la Polio	http://www.emro.who.int/

(Continúa)



(Continúa)

Comité Interamericano contra la Mutilación Genital Femenina (CIAF)	<p>Se trata de una ONG africana que combate la Mutilación Genital Femenina (MGF). Funciona como una red de Comités Nacionales presentes en 26 países (con sede en Addis Abeba y en Ginebra): Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Congo, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudan, Tanzania, Togo y Uganda. La red de CIAF incluye GAMS-Francia, GAMS-Bélgica, RIFFI-Suecia and London Black Women's Health Action Project (LBWHAP), Holanda, Japón y Nueva Zelanda.</p>	<p>La MGF viola los DDHH recogidos en la Carta de Derechos Humanos de NNUU, la Declaración Universal de los DDHH, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres, y la Convención de los Derechos del Niño.</p>	<p>http://www.iac-ciaf.org/</p>
La Fundación para la Salud de la Mujer, la Investigación y el Desarrollo (FORWARD)	<p>Organización no gubernamental e internacional dirigida por mujeres africanas, que trabaja para promover la salud sexual y reproductiva, y los Derechos Humanos de las niñas y las mujeres africanas. FORWARD trabaja en la promoción de las acciones que resulten en cambios sociales positivos en favor del bienestar y la protección de la dignidad de las niñas y mujeres africanas mundialmente, y está comprometida en lograr la eliminación las prácticas nocivas y discriminatorias basadas en el género que violen la salud sexual y reproductiva de las niñas y de las mujeres, tales como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz.</p>	<p>http://www.forwarduk.org.uk/what-we-do</p>	

INSTITUCIONES DE ASIA

Organismo	Mandato	Relevancia para el sector	Web
Comisión Económica y Social para Asia y Pacífico (ESCAP)	<p>Es una de las 5 comisiones regionales de las Naciones Unidas. Asiste a las cuestiones económicas y sociales de la Región.</p>	<p>Lucha contra la pobreza en el contexto de los ODM, con especial hincapié en la salud, la educación y el medio ambiente.</p>	<p>http://www.unescap.org/</p>
Comisión Económica y Social para Asia Occidental (CESPAO)	<p>Es una de las 5 comisiones regionales de las Naciones Unidas. Asiste a las cuestiones económicas y sociales de la Región (Magreb y Oriente Medio).</p>	<p>Políticas de población y desarrollo centradas en la Conferencia de El Cairo (ICPD Cairo, 1994).</p>	<p>http://www.escwa.org.lb/</p>

(Continúa)

(Continúa)

Banco Asiático de Desarrollo	El BAD tiene como meta mejorar el bienestar de la población de Asia y Pacífico, particularmente de aquellos que viven con menos de 2\$ al día (1,9 mil millones). A pesar de los éxitos en esta zona, en Asia viven dos tercios de la población más pobre del mundo.	Cuenta con estrategias de Salud, Población y Agua.	http://www.adb.org/
Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN)	Los objetivos de la Asociación son acelerar el crecimiento económico, el progreso social y el desarrollo cultural en la región a través de la cooperación de los países de las naciones del Sudeste Asiático, y promover la paz y estabilidad regional.	Declaración de los Ministros de Salud: Declaración de Penang: "Salud sin Fronteras".	http://www.aseansec.org/
Oficina Regional del Sudeste Asiático de la OMS (EARO)	Su misión es incrementar la capacidad de los Estados Miembro para llevar a cabo estrategias que permitan asistir a las comunidades en los principales problemas de salud, a través de una acción integrada.	Trabajo en todas las áreas. Cabe destacar la reconstrucción post Tsunami y el control de la Gripe Aviar.	http://www.searo.who.int/
Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS (WPRO)	Su misión es apoyar a todos los países y poblaciones en su búsqueda del nivel más alto de salud, definido por la OMS como un estado de bienestar completo físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.	Trabajo en todas las áreas.	http://www.wpro.who.int/

C. Marco institucional nacional

En el ámbito estatal, la Política Pública de Cooperación Internacional al Desarrollo hace confluir gran diversidad de organismos e instancias de coordinación que tienen especial importancia. En este apartado se describen primero, los organismos de carácter estatal, prioritarios, o de coordinación directa con competencias en cooperación y en el sector salud; en segundo lugar, aquellos complementarios, o de coordinación indirecta, no específicos del sector salud, pero que tienen particular relevancia para mantener coherencia de políticas con la Estrategia de Salud; y por último, las instituciones de cooperación al desarrollo existentes en el ámbito de las Comunidades Autónomas se podrán encontrar en el marco institucional autonómico.



Marco institucional estatal

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DIRECTA			
Organismo	Estructura / mandato	Relevancia para el sector	Web
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC)	Órgano de la Administración General del Estado que, en cumplimiento de las directrices del Gobierno, y para hacer realidad la unidad de la acción del Estado en el exterior, tiene encomendada, entre otras funciones, dirigir la Política de Cooperación Internacional para el Desarrollo.	Responsabilidad última de las acciones de Cooperación Internacional que ejecuta el Estado. Existe un Centro de coordinación del Fondo Global de lucha contra el VIH/SIDA, malaria y tuberculosis; existiendo un Embajador para dicho Fondo.	http://www.maec.es/
Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI)	Una de las tres Secretarías del MAEC, tiene a su cargo la asistencia al Ministro en la formulación, dirección y ejecución de la Política de Cooperación al Desarrollo y en las Relaciones Culturales y Científicas con el exterior. En su planificación y coordinación, administra los recursos de cooperación gestionados por el MAEC; asegura la participación española en las organizaciones internacionales de ayuda al desarrollo, y define la posición de España en la formulación de la política comunitaria de desarrollo. Asimismo, evalúa la política de cooperación para el desarrollo y los programas y proyectos financiados con fondos del Estado.	Responsabilidad directa de las Acciones de Cooperación Internacional y Ayuda al Desarrollo	http://www.maec.es/
Dirección General de Planificación y Evaluación de las Políticas para el Desarrollo (DGPOLDE)	Dependiendo directamente de la SECI, su competencia es la elaboración de herramientas e instrumentos de planificación, seguimiento y evaluación de la política española de cooperación internacional para el desarrollo. Garantiza la participación de la Cooperación Española en los foros internacionales de la CE, NNUU y CAD/OCDE y otros.	Es la encargada de elaborar las estrategias sectoriales, entre las que se encuentra la de Salud. Además, realiza el seguimiento y las evaluaciones de la Política de Cooperación al Desarrollo.	http://www.maec.es/

(Continúa)

(Continúa)

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DIRECTA			
Organismo	Estructura / mandato	Relevancia para el sector	Web
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)	Organismo autónomo adscrito al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a través de la SECI. La Agencia es responsable del diseño, la ejecución y la gestión de los proyectos y programas de cooperación para el desarrollo, ya sea directamente, con sus propios recursos, o bien mediante la colaboración con otras entidades nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales de desarrollo. Tiene una estructura exterior con 37 Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC), 12 Centros Culturales y 3 Centros de Formación, situados en los países donde la Agencia lleva a cabo sus principales proyectos de cooperación.	Desde ella se ejecutan las acciones diseñadas y acordadas en el marco de la Cooperación Oficial. Cuenta con un programa específico de salud en África: el Programa VITA, el cual centra su actuación en cuatro ámbitos de actuación prioritarios: <ul style="list-style-type: none"> • Salud materna e infantil. Salud Sexual y Reproductiva. • Lucha contra enfermedades transmisibles y tropicales, VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. • Servicios de salud básica. • Fortalecimiento de sistemas nacionales de salud. Además, la AECID cuenta con puntos focales de salud en las OTC, y una persona de referencia en este sector en la Dirección General de Cooperación con Iberoamérica. Adicionalmente, existen personas especializadas en los nuevos instrumentos de cooperación, de aplicación preferente en los sectores de salud y educación.	http://www.AECID.es/
Fundación Carolina	La Fundación Carolina se constituye en octubre del año 2000 como una institución para la promoción de las relaciones culturales y la cooperación en materia educativa y científica entre España y los países de la Comunidad Iberoamericana de Naciones, así como con otros países con especiales vínculos históricos, culturales o geográficos. Entre sus actividades, hay algunas relacionadas con el sector salud.		http://www.fundacioncarolina.es/
Consejo de Cooperación	Órgano consultivo de la Administración General del Estado y de participación en la definición de la política de cooperación internacional para el desarrollo. Participan en él representantes de la sociedad civil y agentes sociales de la cooperación junto con representantes de la Administración General del Estado. Está adscrito al MAEC a través de la SECI. Emite dictámenes e informes a los documentos de SECI.	Juega un rol importante la recepción y distribución de la información relativa a la definición y seguimiento de los planes, directrices y estrategias sectoriales, y de país, de la Cooperación Española de todos los sectores. En él existe representación del Ministerio de Sanidad y Consumo.	http://www.maec.es/
Comisión Interterritorial de Cooperación al Desarrollo	Órgano consultivo y de coordinación, concertación y colaboración entre las Administraciones públicas (AGE, CCAA y EELL) que llevan a cabo acciones de cooperación para el desarrollo.	Permiten la coherencia y complementariedad, mejorando el grado de eficacia y eficiencia en todas las fases de planificación y ejecución de programas y proyectos de cooperación, impulsados por las distintas Administraciones en todos los sectores, incluyendo al de salud.	http://www.maec.es/

(Continúa)



(Continúa)

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DIRECTA			
Organismo	Estructura / mandato	Relevancia para el sector	Web
Comisión Interministerial de Cooperación Internacional	Es el órgano de coordinación técnica entre los distintos departamentos que tienen alguna competencia en Cooperación al Desarrollo. Dado que el sistema español de cooperación internacional tiene distribuidas las competencias de gestión de los distintos instrumentos de cooperación entre diferentes departamentos ministeriales, esta coordinación resulta fundamental para lograr una mayor eficacia de la ayuda.	Son relevantes sus propuestas, el seguimiento y las evaluaciones de actuaciones en el marco del Plan Director, los PACI, y las Estrategias Sectoriales.	http://www.maec.es/
Comunidades Autónomas	Todas ellas tienen competencias en Cooperación al Desarrollo (ver apartado específico).	Su importancia en el sector salud es indiscutible, no sólo en el aspecto cualitativo, sino también en el cuantitativo, ya que de forma conjunta aportan el 31% de la AOD sanitaria española. La salud es una de las áreas priorizadas claramente por estos actores.	
Entidades Locales	La gran mayoría de las Administraciones locales (Ayuntamientos) tienen planes específicos para la financiación de proyectos de cooperación al desarrollo.	Su aportación cuantitativa al sector es el 4% de la AOD destinada a salud en España.	
Ministerio de Sanidad y Consumo^a	Dir. Gral. Salud Pública.	De ella depende la Subdirección General de Sanidad Exterior, que tiene todas las competencias en este ámbito. También tiene las competencias de la salud ambiental y laboral.	

(Continúa)

^a Como se ha señalado (ver marco normativo) la OMS tiene un Acuerdo Marco firmado con el MSC en 2001, siendo la organización con la que colabora en el mayor abanico de áreas. En el ámbito Latinoamericano, podemos señalar las Cumbres Iberoamericanas, así como el Plan Actuaciones Conjuntas AECID/MSC/ISCIII/OPS. En Europa, el marco de colaboración va desde el Consejo de Europa hasta el proyecto denominado Dimensión Nórdica (dirigido a Europa del Este y Rusia). En el contexto español, desarrolla actividades conjuntas con el MAEC (p.ej: Programa Víta. Estrategias Sectoriales).

(Continúa)

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DIRECTA			
Organismo	Estructura / mandato	Relevancia para el sector	Web
Ministerio de Sanidad y Consumo	Sub. Gral. Relaciones Internacionales (Secretaría general Técnica).	<p>Sus competencias son relativas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación con la Unión Europea: se trabajan temas de Salud Pública, incluyendo medio ambiente, enfermedades transmisibles y reglamentos sanitarios internacionales, por poner algunos ejemplos. Otras áreas de trabajo son la seguridad alimentaria, la protección de los consumidores y el mercado interior. • En Cooperación Internacional: en sus vertientes multilateral, bilateral y de ayuda humanitaria. Lleva a cabo actuaciones conjuntas con la AECID, con la OMS, con el Consejo Europeo, con la OCDE, con diversos organismos Iberoamericanos y con algunos programas específicos de VIH/SIDA: ESTHER, GFAMT, ONUSIDA etc. También colabora con ONG y actúa como asesor en la cooperación bilateral. 	http://www.msc.es/organizacion/orgInternacionales/reInternacionales/home.htm
	<p>Plan Nacional sobre el SIDA Lleva a cabo el Proyecto ESTHER "Red Solidaria Hospitalaria contra el SIDA", ya comentado en el Marco Normativo Nacional http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm</p>		
	Instituto de Salud Carlos III Es un organismo público de investigación y de apoyo científico de carácter nacional, que tiene la responsabilidad de fomentar la investigación en biomedicina y ciencias de la salud.	<p>Ejerce sus actividades en cooperación en salud través de diversas Estructuras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SG de Programas Internacionales de Investigación y Relaciones Institucionales. • Centro Nacional de Medicina Tropical (CNMT) y su Departamento de Salud Internacional. 	http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp
	Fundación para la Cooperación y la Salud Internacional Carlos III (FCSAI).	<p>Algunos de sus fines (entre otros) son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar, en el más amplio sentido, la cooperación en el ámbito sanitario, con especial énfasis en los aspectos de formación, transferencia de conocimientos, intercambio de profesionales sanitarios y ayuda técnica. • Ayudar a los gobiernos de los países receptores de acciones de cooperación sanitaria a fortalecer sus sistemas sanitarios y medioambientales con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población. • Apoyar y contribuir a la formación y puesta al día de los responsables de la planificación sanitaria, en aquellos países con los que España mantiene fuertes vínculos culturales, históricos y económicos. 	http://fcsai.isciii.es/Html/organizacion.htm

(Continúa)



(Continúa)

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DIRECTA			
Organismo	Estructura / mandato	Relevancia para el sector	Web
Ministerio de Sanidad y Consumo	Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios	Garantizar a la sociedad la calidad, seguridad, eficacia y correcta información de los medicamentos y productos sanitarios en el más amplio sentido, desde su investigación hasta su utilización. Ha colaborado en formación en el campo de los medicamentos con homólogos de los países en desarrollo, y también en donaciones de medicamentos.	http://www.agemed.es/home.htm
Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud configura el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (capítulo X) como el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado. Está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostentará su presidencia, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas.	En el art.71 se desarrollan las funciones de este Consejo. Tiene, entre muchas otras, la función de coordinar los acuerdos sanitarios internacionales por los que se colabore con otros países y organismos internacionales en las materias a las que se refiere el artículo 39 de la Ley General de Sanidad (explicado en el marco normativo nacional).	www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm
CONGDE	La Coordinadora de ONG para el Desarrollo es, para las ONGD que la componen, un punto de encuentro, un lugar de debate y reflexión donde compartir inquietudes, desde el que plantear propuestas y mantener un diálogo con otros sectores sociales organizados, para articular de manera coherente las distintas iniciativas en materia de cooperación. Hoy la integran 90 ONGD y 15 Coordinadoras Autonómicas de ONGD que, en conjunto, suman unas 400 organizaciones dedicadas a la solidaridad internacional.	Las ONG ejecutan prácticamente el 80 % de la AOD en salud. Según el último Directorio de ONGD de 2004, de las 90 ONGD adscritas a la Coordinadora de ONG para el Desarrollo (CONGDE), 67 habían desarrollado un total de 3.342 proyectos en los que se contemplaban actividades relacionadas con la salud.	http://www.congde.org/coordinadora_de_ongd.htm

(Continúa)

(Continúa)

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN DIRECTA			
Organismo	Estructura / mandato	Relevancia para el sector	Web
Universidades^a	Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE): Comité Español Universitario de Relaciones Internacionales (CEURI) y en concreto su Comisión de Cooperación al Desarrollo http://www.crue.org/		
Centros no universitarios	Unidad Tropical de Drassanes de Barcelona. Departamento de Cooperación de la Escuela Andaluza de Salud Pública.		
Sindicatos	A través de sus estructuras de relaciones internacionales, como a través de ONGD propias creadas por los mismo Sindicatos.		

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN INDIRECTA			
Organismo	Estructura	Relevancia para el sector	Web
MAEC	Otras Unidades de este Ministerio desarrollan actividades que necesitan ser coordinadas con la SECI y la AECID.		http://www.maec.es/
Ministerio de Economía y Hacienda	Aporta recursos económicos a fondos globales y gestiona las operaciones de deuda externa. DG. Financiación Internacional. DG Fondos Comunitarios.	Coordina con la AECID la utilización, de manera global, de la AOD bilateral y multilateral. También ostenta las competencias de representación del Estado y coordinación ante las IFI	http://www.minhac.es/
Ministerio de Industria, Turismo y Comercio	<ul style="list-style-type: none"> A través de la Secretaría de Estado de Turismo y Comercio: Se llevan a cabo actividades relativas al comercio internacional, a las inversiones exteriores y a la cooperación turística, entre otras. Se utilizan instrumentos como cooperación técnica no reembolsable (Fondo de Estudios de Viabilidad); los Fondos de capital riesgo destinados a apoyar la inversión productiva española en el exterior –localizándose gran parte de ella en países en desarrollo–; y los créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo, en régimen concesional y con limitaciones para su uso (por ejemplo, la prohibición de utilizarlos para financiar exportaciones de armamento). La coordinación de este Ministerio con la cooperación –grupos de trabajo, foros interministeriales, interterritoriales y consultivos– es muy importante para procurar la máxima coherencia en las actuaciones del Gobierno. A nivel de la UE, este Ministerio apoya la liberalización del comercio y las exportaciones de los países en desarrollo, en la Ronda de negociaciones comerciales (Ronda del desarrollo). 		http://www.mityc.es/es-ES/index.htm

(Continúa)

^a La Universidad se ha constituido como ámbito privilegiado para la cooperación al desarrollo (Plan Director, págs 152-154), que en estos últimos años ha dado pasos de gigante. El CEURI dispone desde 2000 de una "Estrategia de Cooperación Universitaria al desarrollo", y prácticamente en todas las universidades españolas existe un centro destinado a la Cooperación al Desarrollo, aparte de las acciones solidarias impulsadas por facultades o estudiantes. En 2006, se celebró el III Congreso Universidad y Cooperación al Desarrollo. Algunos ejemplos: las pioneras, Universidad de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona, con sus respectivas Unidades de Enfermedades Tropicales y sus Cursos y Estudios de Postgrado sobre Salud Internacional y Medicina Tropical, iniciados en los años 80; El Instituto de Medicina Tropical de la Universidad de Valencia, que, entre otras actividades, realiza un Master (en su 19ª edición); La Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres establecida en 1995 en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo (conjuntamente con el Hospital Central Universitario de Asturias); Y la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, que tiene integrada la Cátedra UNITWIN - UNESCO de investigación, planificación y desarrollo de sistemas locales de salud. Algunas cooperaciones en salud provienen de ámbitos no específicos del sector salud: Es el caso de las actividades relacionadas con la salud y la cooperación dentro del Instituto Complutense de Estudios Internacionales.



(Continúa)

MECANISMOS NACIONALES DE COORDINACIÓN INDIRECTA			
Organismo	Estructura	Relevancia para el sector	Web
Ministerio de Medio Ambiente	Algunas áreas de trabajo que entran dentro de las competencias de este Ministerio, agua y saneamiento, biodiversidad, cambio climático, calidad y contaminación, tienen un impacto directo sobre la salud de las personas, por lo que su experiencia en estos campos puede ser de interés para la salud pública.		http://www.mma.es/
Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación	Puede aportar su experiencia, a través de labores de asesoría técnica, contra un gran número de enfermedades que afectan a animales y plantas y que inciden directamente en la salud de las personas –fundamentalmente a través de la cadena alimentaria–.		http://www.mapa.es/
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	Planifica y gestiona fondos propios de AOD.	Realiza aportes en el sector de “Mujer y Desarrollo”, sobre todo proyectos financiados con la OIT.	http://www.mtas.es/
Instituto de la Mujer	Como organismo autónomo adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, es el responsable de velar y promover la efectiva igualdad entre personas de ambos sexos, y posibilitar la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social con plena igualdad.	Desde 1988, en que firmó el Primer convenio con el Instituto de Cooperación Iberoamericano, se ha venido dando una colaboración sostenida con la AECID para el impulso de Programas de Formación, Fortalecimiento Institucional y financiación de Proyectos de Desarrollo. Cuenta entre sus acciones en el Área de Relaciones Internacionales con un Programa de proyectos a organizaciones de mujeres, y un Programa de formación internacional con título de Magíster en género y desarrollo. En el área de salud, son relevantes las áreas de salud y empleo, salud e inmigración, discapacidad y salud y mujer.	http://www.mtas.es/mujer/
Empresas (Confederación Española de Organizaciones Empresariales, CEOE)	Empresas y Consultoras que intervienen en la cooperación, ya en etapas de planificación y/o gestión como de ejecución. Las empresas pueden actuar en el ámbito de la salud como proveedoras de bienes y servicios y como gestoras de proyectos de asistencia técnica, de infraestructuras, de investigación –pudiendo hacerse en conjunto con la universidad– y desarrollo, de formación –en salud laboral o prevención de riesgos laborales– y suministro de medicamentos e insumos.		http://www.ceoe.es

Es indispensable citar toda una amplia serie de organizaciones y mecanismos que se han ido configurando, sobre todo en estos últimos años, para coordinar acciones, compartir información y hacer una llamada reivindicativa a los órganos de decisión y gestión de la cooperación y a la sociedad civil en general: Redes, Plataformas y Grupos, que en el sector salud se han creado en general para abordar un área o problemática específica (como el VIH/SIDA^a o la salud sexual y reproductiva^b) o Campañas^{c,d,e} que se realizan en España a partir de iniciativas internacionales o de nuestro propio país, y que suelen agrupar toda una diversidad de actores.

^a Plataforma “SIDA y desarrollo”: <http://www.mdm-international.org/international/pages/communiquepresse1erdecembre04espagnol.htm>
Plataforma “Tenemos SIDA”: <http://www.tenemosida.org/>

^b Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva: <http://www.grupogie.org/>

^c Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales: <http://www.msf.es/proyectos/come/quees/index.asp>

^d Plataforma O,7%: <http://www.plataforma07.org/>

^e Campaña “Pobreza 0”: <http://www.pobrezacero.org/intro.php>

También es necesario referirse a las Sociedades Científicas^a relacionadas con la salud, que han ido configurando espacios y estructuras dedicadas a la cooperación sanitaria, o incluso aquellas que se han creado específicamente al respecto (como es la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional –SEMTSI)^b. Por último, indicar que en estos años han surgido numerosas Fundaciones, con áreas dedicadas a la cooperación internacional y salud. Ya se ha hecho referencia a la Fundación Carolina y a la Fundación para la Cooperación y la Salud Internacional Carlos III, aunque existen muchas otras, como la Fundació Clinic^c.

Marco institucional y normativo autonómico

En el ámbito de la cada vez más pujante cooperación descentralizada, el sector salud juega un papel relevante, tanto por su importante contribución en financiación y acciones, como por la creciente variedad y multiplicidad de actores que intervienen en él.

Se incluye en este apartado el Marco Institucional Autonómico: la normativa de creación de agencias o entidades autonómicas y de Consejos u otros órganos consultivos de cooperación para el desarrollo en las Autonomías.

Asimismo, se incluyen a continuación los documentos normativos más relevantes sobre Cooperación al Desarrollo de cada Comunidad Autónoma, para simplificar la información y facilitar la lectura unificada. El apartado se centra fundamentalmente en la revisión de las Leyes de Cooperación y Planes Directores, y en algunos casos, otros instrumentos relevantes de planificación estratégica, como los Planes Anuales. En todos los documentos se hacen referencias explícitas al sector salud, que suele ser considerado prioritario en las políticas de desarrollo. En la última columna se describe precisamente la relevancia de este sector.

Hay que destacar las Entidades Locales (Ayuntamientos) que aportan un volumen importante de la AOD, junto a las Comunidades Autónomas, y que cuentan, en muchos casos, con convocatorias específicas para Cooperación al Desarrollo. Además, las EELL se encuentran agrupadas en la Federación Española de Municipios y Provincias^d, siendo de especial relevancia su Área de Cooperación al Desarrollo, dependiente del Departamento de Relaciones Internacionales y en la Confederación de Fondos de Cooperación y Solidaridad^e.

Además, se deben tener en cuenta, dada su importancia, otras instituciones en el marco autonómico:

- Coordinadoras Autonómicas y Provinciales de ONGD.
- Delegaciones autonómicas y locales de ONGD de ámbito nacional.
- ONGD de ámbito regional o local.
- Universidades: Órganos de Gobierno (ej: Vicerrectorados de Cooperación) Unidades y Departamentos con actividades en cooperación, Centros e Institutos Universitarios; Cátedras de Cooperación (incluidas Cátedras UNESCO) Oficinas y centros de cooperación, Fundaciones y Asociaciones Universitarias, Comisiones de Cooperación, Estructuras de Voluntariado y Acción Social, y Observatorios de Cooperación.

Como en el apartado nacional, en la categoría **Otras Organizaciones** del ámbito autonómico hay cada vez mayor variedad de actores que son referentes importantes en la coordinación. Así, por ejemplo, centros y unidades sobre enfermedades tropicales, (frecuentemente dentro del sistema sanitario autonómico) escuelas de salud pública o fundaciones.

^a Sociedad Española de Medicina General: <http://www.semg.es/> , Sociedad Española de Otorrinolaringología: <http://www.seorl.org/> , Colegio de Médicos de Madrid: [http://www.icomem.es/...](http://www.icomem.es/)

^b <http://semtsi.xaweb.com/>

^c <http://www.hospitalclinic.org/home.asp?entidad=24&idioma=2;> [http://www.manhica.org/;](http://www.manhica.org/) <http://www.fundacionclinic.ma/>

^d <http://www.femp.es/>

^e <http://www.confederacionfondos.org/>



Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Junta de Andalucía	Ley 14/2003, de 22 de diciembre, de Cooperación Internacional para el Desarrollo Ley 2/2006, de 16 de mayo, de la Creación de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo Decreto 172/2005, de 19 de julio, por el que se regula el Consejo Andaluz, la Comisión del Registro de Agentes de la Cooperación Internacional para el Desarrollo			Ley, Art. 4. Prioridades. 3.a: Los servicios sociales básicos: educación básica, salud primaria y reproductiva, vivienda digna, saneamiento y acceso al agua potable y seguridad alimentaria. Ver más en Art. 4.3 a.	http://www.juntadeandalucia.es
Diputación General de Aragón	Ley de Cooperación al Desarrollo 10/2000, de 27 de diciembre	I Plan Director de la Cooperación Aragonesa para el desarrollo, 2004-2007	Plan anual de la Cooperación Aragonesa para el Desarrollo 2006	Ley, Art. 7.3: ámbitos de actuación preferente: a) Los servicios sociales básicos (vivienda, salud, alimentación y educación). Plan Director 2004-07, pto 4.2: Servicios sociales básicos: -Salud: Atención Primaria (4.2.3); -Salud reproductiva y materno-infantil (4.2.4), - Formación y asistencia técnica en los ámbitos educativo y sanitario (4.2.5), - Acceso al agua potable y saneamiento básico (4.2.6) Plan Anual 2006 Apto 4. Prioridades sectoriales. Punto 4.2 : Servicios sociales básicos: -Salud: la salud materno-infantil, sexual y reproductiva, lucha contra el VIH/SIDA, infraestructuras sanitarias básicas y sostenibles; -Acceso al agua potable y saneamiento básico: apoyo a infraestructuras de agua y saneamiento, implicación de la comunidad, las acciones apoyadas tendrán que implicar a las administraciones locales competentes y adoptar un enfoque integral y participativo en la gestión de los recursos hídricos.	http://www.aragob.es

(Continúa)

(Continúa)

Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Principado de Asturias	Ley 4/2006, de 5 de mayo, de Cooperación al Desarrollo Decreto 204/2003, de 2 de Octubre, de atribuciones, organización y funcionamiento de la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo	Plan Cuatrienal Cooperación Asturiana al Desarrollo 2004-2007 (anteproyecto)		Sectores prioritarios: salud, educación, medio ambiente y sectores más vulnerables, como el de la mujer o el de la infancia.	http://www.princastes
Gobierno de las Islas Baleares	Ley 9/2005, de 21 de junio, de cooperación para el desarrollo Decreto 1/2006, de 13 de enero, sobre competencias, funciones, composición y organización del Consejo de Cooperación al desarrollo de las Illes Balears			Ley Art. 9.1 Los sectores de actuación preferentes en los países receptores de las actuaciones de Cooperación al Desarrollo son los siguientes: a) Los servicios sociales básicos y, en especial, la salud, la vivienda, la seguridad alimentaria y el abastecimiento y el saneamiento de aguas. d) La protección y mejora de la calidad del medio ambiente, respetando la biodiversidad y la conservación y la utilización razonable y sostenible de los recursos naturales.	www.caib.es
Gobierno de Canarias	Ley de Cooperación Canaria (en fase de elaboración)	Plan Director De Cooperación para el Desarrollo 2004-2007		Ley. Art. 6 a) los servicios sociales básicos y, en especial, la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, la educación, la vivienda, la seguridad alimentaria y el abastecimiento y saneamiento de aguas. Plan Director. Prioridades sectoriales A. Necesidades sociales básicas: A.1. Salud básica: Salud materna e infantil, Lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales, con especial atención al VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis; Servicios de Salud Básica, Fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Salud.	www.gobcan.es
Comunidad Autónoma de Cantabria	Borrador de Ley de Cooperación Internacional al Desarrollo			www.gobcantabria.es ; www.cantabriacoopera.com	

(Continúa)

(Continúa)

(Continúa)

Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha	Ley 3/2003, de 13 de febrero, de Cooperación Internacional para el Desarrollo Decreto 247/2004, de 31 de agosto, de organización, composición y funcionamiento del Consejo Regional de Cooperación al Desarrollo			Ley Art.3.1 Son sectores de actuación preferente: a. La salud, saneamiento y agua potable. Art.5.1. Cooperación Directa. Serán líneas preferentes de cooperación directa la cooperación técnica con las Administraciones regionales o locales de los países destinatarios, que se realizará en las siguientes áreas: *Sanidad, *Abastecimiento y depuración de aguas, *Protección del medio ambiente.	www.jccm.es
Junta de Castilla-León	Anteproyecto de Ley reguladora de la Cooperación al Desarrollo Decreto 4/2004, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de Castilla y León	Decreto 56/2005, de 14 de julio, por el que se aprueba el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León		Prioriza la línea de actuación de lucha contra el VIH/SIDA en África Subsahariana.	http://www.jcy/les
Generalitat de Catalunya *Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo	Ley de Cooperación al Desarrollo 26/2001, de 31 de Diciembre Decreto 201/1995, de 11 de julio, de creación del Consejo Asesor de Cooperación al Desarrollo	Plan Director de la Cooperación al Desarrollo, 2003-2006	Plan Anual 2005	Ley Art.3.a La erradicación de la pobreza, la cobertura de las necesidades sociales. Plan Director: Art. 5 Prioridades 3. e) La defensa de la equidad entre hombres y mujeres, y la promoción de los derechos de las mujeres, especialmente el de la salud reproductiva.	www.gencat.net

(Continúa)

Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Junta de Extremadura * Secretaría Técnica de Cooperación	Ley Extremadura de Cooperación 1/2003, de 27 de febrero	Plan General de la Cooperación Extremeña 2004-2007	Plan Anual 2006	Ley: Art.3.4.e) Servicios sociales básicos: salud, saneamiento y seguridad y autosuficiencia alimentarias. Plan Director, Apart. 2: la consolidación de servicios socio-sanitarios básicos / Apart. 4.3: los sectores de actuación preferente de la cooperación extremeña para el desarrollo son: a) La garantía de servicios sociales básicos: salud básica, salud pública y salud reproductiva, suministro de agua, saneamiento, etc. b) Se pretende el desarrollo de medidas de lucha contra la infección por el VIH. c) Debe priorizarse la atención primaria y la medicina preventiva, la educación para la salud, el acceso a la información y la promoción del uso racional del medicamento. d) Se promoverá el acceso económico y geográfico a los medicamentos esenciales, observando escrupulosamente las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre las donaciones de medicamentos. Ley: art. 8 entre las áreas que prioriza están las siguientes: salud, saneamiento, seguridad alimentaria.	www.cooperacionextremadura.org
Xunta de Galicia	Ley de 3/2003, de 19 junio, de Cooperación para el Desarrollo Decreto 326/2004, de 29 de diciembre, por el que se regulan los órganos de coordinación y asesoramiento en materia de Cooperación para el Desarrollo y por el que se crea el Registro Gallego de Agentes de Cooperación al Desarrollo	I Plan Director de la Cooperación Gallega para el Desarrollo 2006 - 2009		Plan Director, Apart. 5.4 Prioridades Sectoriales: La salud, especialmente en lo que se refiere al acceso a la atención primaria, se consideran especialmente significativos la mejora de la salud infantil y materna así como la lucha contra enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, malaria y tuberculosis) y el acceso a medicamentos esenciales, respetando, en las donaciones de medicamentos, las directrices propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).	www.xunta.es

(Continúa)



(Continúa)

Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Comunidad Autónoma de La Rioja	Ley Cooperación al Desarrollo 4/2002, de 1 de julio Decreto 38/1997, de 18 de julio, por el que se crea el Consejo Regional para la Cooperación al Desarrollo	I Plan Director de la Cooperación para el Desarrollo de la Rioja, 2004-2008		Art. 7 Ley: a) Servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos. Plan Director: Dentro del sector de la salud, la cooperación riojana prestará especial atención a la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, la reducción de la mortalidad materna e infantil y otros ámbitos vinculados al cuidado de la salud, como la educación, la nutrición o el medio ambiente.	www.larioja.org
Comunidad de Madrid	Ley de Cooperación 13/1999, de 29 de abril Decreto 174/1997, de 11 de diciembre, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de la CAM Decreto 107/2000, de 1 de junio, por el que se regula la naturaleza, funciones, composición y organización de la Comisión Regional de Cooperación para el Desarrollo de la CAM	Plan General de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid 2005-2008	Plan Anual 2006	Ley: Art.3.ºapdo 4c) Áreas de actuación preferente: servicios sociales básicos: Salud, saneamiento y seguridad alimentaria. Plan General: Art.3.2.1 Salud, agua y saneamiento. Salud: como prioridad en las actuaciones, la Atención Primaria en Salud, entre sus componentes atención materno-infantil, inmunizaciones, saneamiento ambiental y control y tratamiento de agua, control de excretas y basuras, prevención y control de enfermedades endémicas, suministro de medicamentos esenciales	www.madrid.org
Región de Murcia	Borrador del Anteproyecto de Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo Decreto 53/1996, de 17 de julio, por el que se crea el Consejo Asesor Regional para la Cooperación y la solidaridad de Murcia	Plan Director Regional de la Cooperación en la Región de Murcia (en elaboración)			www.carm.es

(Continúa)

(Continúa)

Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Gobierno foral de Navarra *Consejo Navarro de Cooperación al Desarrollo	Ley Foral de Cooperación al Desarrollo 5/2001, de 9 de marzo	I Plan Director de la Cooperación Navarra, 2005-2008 (en de elaboración)		Ley: Art.6.a) Programas y proyectos al desarrollo humano básico, como seguridad alimentaria, atención sanitaria, suministro y potabilización de agua, y otros. En todos los casos, se priorizarán las acciones que tomen en consideración la situación del género en el desarrollo y la igualdad entre mujeres y hombres. Con el objetivo último de favorecer el denominado empoderamiento de las mujeres.	www.navarra.es
País Vasco	Proyecto de Ley Vasca de Cooperación para el Desarrollo Decreto 53/1998, de 24 de marzo, por el que se crea el Consejo Asesor de Cooperación al Desarrollo Decreto 18/1990, de 30 de enero, por el que se crea la Comisión Gestora del Fondo de Cooperación y Ayuda al Desarrollo del Tercer Mundo y la Comisión Técnica de apoyo y asistencia.	Borrador del Plan Director de Cooperación para el Desarrollo 2005-2008		El proyecto legislativo prestará especial atención a los pueblos indígenas, a los refugiados y desplazados, a las mujeres, a la infancia y a grupos en situación precaria.	www.euskadi.net

(Continúa)



Comunidad autónoma *Órgano	Ley cooperación/ decretos	Plan general de cooperación	Plan anual	Relevancia del sector salud	Web
Generalitat Valenciana	<p>Orden de 30 de marzo de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se modifica la de 23 de junio de 1989, de dicha Conselleria, que regula el Consejo Asesor de la Comisión Ejecutiva para la aplicación del programa de cooperación con países en vías de desarrollo</p> <p>Decreto 48/1989, de 11 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se crea la Comisión Ejecutiva para la aplicación del Programa de Cooperación con los países en vías de desarrollo</p>	Plan Director de la Cooperación Valenciana 2004-2007	Plan Anual de Cooperación al Desarrollo de la Generalitat Valenciana 2006	<p>Plan Director: Apto 5.2.1 Necesidades sociales básicas: asistencia sanitaria, acceso agua, potabilización y saneamiento. Objetivos: Fortalecer sistemas de salud básica: atención primaria, nutrición, salud reproductiva y materno-infantil, educación para la salud, lucha contra enfermedades infecciosas (malaria, tuberculosis, VIH/SIDA) y acceso a medicamentos esenciales. Especial atención acciones enmarcadas dentro PROGRAMA VITA.</p> <p>Plan Anual Apto 2.2.1. Necesidades sociales básicas: 2.2.1.1. Fortalecimiento sistemas de salud: - Salud pública, propuestas de prevención sobre transmisión de enfermedades y actividades de promoción de salud. - Atención primaria, mayor cobertura poblacional e integrar prácticas tradicionales eficaces. - Atención especializada, incrementar capacidad técnica y de gestión hospitalaria. - Política sanitaria, herramientas necesarias: planificación (planes de salud); gestión (sistemas de información) y ajuste (evaluación y control calidad). Prioritarias medidas encaminadas a mejora de salud materna infantil y reducción de su mortalidad, y acciones contra enfermedades transmisibles: malaria, tuberculosis y VIH/SIDA.</p> <p>Plan Director Apto 5.1.3 Igualdad entre hombres y mujeres</p> <p>Plan Anual: Apto 2.1.3 La promoción de la igualdad entre hombres y mujeres</p>	www.pre-gva.es



Anexo VIII. Líneas estratégicas y pautas de actuación

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Lucha contra la Pobreza	<p>La erradicación de la pobreza en su concepción multidimensional es el objetivo de la cooperación española en general y por tanto de la cooperación en cada uno de los sectores, incluido la salud. En el marco teórico se ha mencionado también la relación entre salud y pobreza, como una de sus posibles causas, una de sus consecuencias y como uno de sus elementos constitutivos. Por ello:</p> <ul style="list-style-type: none">■ En la identificación y selección de actuaciones en el sector salud priorizar aquellas que tengan el objetivo principal de lucha contra la pobreza y aquellas que estén alineadas con las prioridades de reducción de la pobreza de los países socios y en armonización con otros actores y países donantes. Las intervenciones en salud se deben enmarcar en un proceso más amplio de reducción de la pobreza, liderado por el país o países o las organizaciones competentes.■ Fomentar que los planes nacionales y/o locales de salud se orienten estratégicamente hacia la reducción de la pobreza.■ Orientar todas las actuaciones hacia la equidad en las contribuciones financieras y de forma que se generen mecanismos de protección social y financiera ante la pérdida de salud y la enfermedad. Estas medidas contribuyen a evitar que las personas, familias o comunidades caigan en el círculo de pobreza en el que pueden quedar sumidos tras un proceso de enfermedad que implique la pérdida de sus bienes y sus recursos productivos.■ Orientar todas las actuaciones hacia la equidad en la prestación de servicios de salud, de manera que aquellas personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, que presentan las mayores necesidades sanitarias, vean cubiertas sus mayores necesidades en salud.■ Fomentar y facilitar la participación activa de las personas en situación de pobreza en el diseño e implementación de las actuaciones, de forma que éstas se orienten de forma más efectiva hacia sus necesidades reales.■ Priorizar aquellas intervenciones dirigidas a la erradicación de la pobreza extrema en áreas preferentes de los países o en situaciones donde las necesidades de la población sean más acuciantes.■ En la planificación de las acciones en salud llevar a cabo un análisis de la manera en que éstas contribuyen a la reducción de la pobreza. Apoyar el diseño de indicadores de proceso y resultado sobre la erradicación de la pobreza para cualquier tipo de programa, proyecto o actuación en salud.■ Apoyar, a nivel internacional, nacional y local la inclusión de las necesidades de las poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad en los programas de investigación y desarrollo, fomentando que se orienten a la equidad. Promover el debate y el análisis en torno a la relación salud-pobreza, fomentando investigaciones que aporten nuevos datos sobre la vinculación de la pobreza a los diferentes contextos de ejecución de las acciones o sectores que enmarquen los proyectos o programas.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Defensa de los Derechos Humanos	<p>El respeto a los Derechos Humanos está íntimamente relacionado con la reducción de la pobreza y la promoción del Desarrollo Humano Sostenible, siendo por tanto uno de los objetivos fundamentales de la Cooperación Española. Por ello, todas las actuaciones de la cooperación en salud deben orientarse de forma que contribuyan a garantizar el cumplimiento de los Derechos Humanos. También, la consecución del nivel máximo posible de salud es en sí mismo un Derecho Humano y por tanto, inherente a la dignidad de las personas -tal y como se ha analizado en el Marco Normativo Internacional-. Por este motivo, las actuaciones en salud deben ir encaminadas a la satisfacción de este derecho para todas las personas sin distinción de ningún tipo, brindando a todos y todas la oportunidad de lograr el pleno desarrollo de su salud. También es importante el marco de los Derechos Humanos para las personas que viven con VIH/SIDA, y con otros problemas de salud que pueden ser motivo de discriminación para el ejercicio de los DDHH. Por último, los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos del Niño, son marcos de referencia fundamentales en las acciones en salud. Para garantizar el Derecho a la Salud y otros DDHH, las actuaciones de cooperación española en salud se centrarán en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Enmarcar todas las actuaciones en la estrategia de la Atención Primaria de Salud y Salud Para Todos para el S. XXI, uno de cuyos principios es garantizar el acceso y la cobertura universal de los servicios de salud en función de las necesidades. El sistema de salud debe organizarse de forma que se eliminen las barreras de acceso a los cuidados de salud, financieras, geográficas o de cualquier otro tipo, para asegurar que todas las personas tienen acceso en condiciones de igualdad a los servicios de salud. ■ Luchar contra todas las formas de discriminación que puedan vulnerar el derecho de las personas a la salud y otros DDHH. Así, las acciones en salud tratarán de abordar las discriminaciones por motivos de género, de origen étnico, de religión o cualquier otra que puedan impedir el acceso de las personas a cuidados de salud en igualdad de condiciones. ■ Luchar contra el estigma y la discriminación de las personas que padecen determinados problemas de salud (VIH/SIDA, Tuberculosis, discapacidades, enfermedades de transmisión sexual etc.) que puedan privarlas del ejercicio de los DDHH en general. ■ Garantizar el derecho de todas las personas a un acceso -de manera asequible y sostenible- a los medicamentos esenciales. ■ Promover y fortalecer el enfoque y la práctica de la vinculación entre la salud y la protección y derechos del niño. ■ Luchar por garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos. Existe una gran desigualdad para las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud, que viene ligada en muchas ocasiones a una falta de autonomía, de capacidad de tomar decisiones en relación con su salud, su cuerpo, su sexualidad y su función reproductiva, y otras vulneraciones de sus Derechos. Luchar por los Derechos de las mujeres y de los hombres -especialmente de sus Derechos Sexuales y Reproductivos- es importante en sí mismo y como vía imprescindible para garantizar su Derecho a la Salud.

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Defensa de los Derechos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tener en cuenta que el respeto al Derecho Humano de todas las personas a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, y a emplear su propio idioma, influye en el ejercicio de los demás derechos, incluido el Derecho a la Salud. Se debe evitar que las diferencias étnicas, culturales, lingüísticas o de pertenencia a determinadas comunidades supongan barreras en el acceso a los cuidados de salud. Se debe evitar igualmente que el sistema sanitario reproduzca dichos modelos de discriminación contra estas personas.
Equidad de género	<p>La perspectiva de género, ubicada en el enfoque GED, supone la consideración sistemática de las diferencias entre las necesidades, condiciones y situaciones específicas que tienen los hombres y las mujeres, y el análisis de las relaciones que se dan entre ambos en una sociedad determinada o en un proceso de desarrollo según el ámbito de actuación en el que se incorpore. En el sector salud, tradicionalmente, se ha supuesto que las diferentes necesidades en materia de atención sanitaria entre las mujeres y los hombres fuesen debidas exclusivamente a sus distintos papeles en la procreación, por lo que los servicios de salud para las mujeres han estado centrados en los aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el período de postparto. De ahí la denominación generalizada de “atención materno-infantil” que ha guiado la prestación de servicios de salud dirigidos a las mujeres.</p> <p>El análisis de género ha hecho visible la construcción social de la feminidad y la masculinidad, según patrones que modelan distintos perfiles de salud y enfermedad; asimismo, ha llamado la atención sobre las desigualdades entre los géneros en el acceso a bienes y recursos esenciales para una vida digna, entre ellos los servicios que pueden permitir a las mujeres el disfrute de una vida saludable, permitiendo una más adecuada detección y atención de los problemas de salud de la población femenina. Aunque los problemas de salud de las mujeres pueden incrementarse durante la edad reproductiva, éstos comienzan desde la infancia y se continúan a lo largo de la vida, cambiando las necesidades en cada etapa (ver Marco Teórico: enfoque del ciclo vital. Si bien, en general, las mujeres viven más tiempo que los hombres, también tienen más años de mala salud cuando llegan a la vejez. El rol de cuidadoras de la salud familiar asignado a las mujeres es perpetuado por los servicios sanitarios, que lo consideran una función exclusivamente femenina y no tienen en cuenta el tiempo, la disposición ni las condiciones en que este trabajo se realiza.</p> <p>La pobreza acentúa las desigualdades de género en salud y, cuando las situaciones son más adversas, las mujeres suelen estar en una situación más vulnerable. Por ejemplo, una mujer africana tiene 180 veces más probabilidades que una mujer de Europa occidental de perder la vida debido a complicaciones del embarazo¹. Esto contrasta con el menor acceso de las mujeres a servicios de salud, hecho relacionado fundamentalmente con la falta de tiempo para su propio cuidado y la falta de capacidad para la toma de decisiones sobre la asistencia a los centros de salud (vinculada fundamentalmente al desigual reparto del poder entre los hombres y las mujeres). Algunos problemas de salud de las mujeres, muchos relacionados con los roles de género, se mencionan en el cruce sectorial de género y salud.</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Equidad de género	<p>Una verdadera implementación de la transversalidad de género en el sector salud precisa de la incorporación de las cuestiones de género a través de cinco herramientas a lo largo de toda la gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Datos desagregados por sexo. ■ Análisis y planificación de género. ■ Indicadores sensibles al género^a ■ Actividades concretas dirigidas a la igualdad de género. ■ Sensibilización y formación en género de todos los actores implicados. <p>Por último, algunos niveles de actuación en los que se debe trabajar para transversalizar el enfoque de género en salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En general, el diseño de las intervenciones debe contemplar las diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de enfermedad y en el acceso a los recursos de atención sanitaria. Se deben analizar los condicionantes de género que explican dichas diferencias en cada cultura para proponer y apoyar actuaciones concretas que contribuyan a la eliminación de las desigualdades. ■ Fortalecimiento de la institucionalización de la equidad de género en los organismos públicos y otros agentes de la cooperación española en salud y la transversalidad (o gender mainstreaming, en inglés). ■ Trabajar con las instituciones públicas de los países socios para lograr la sensibilización y la adecuada comprensión de la relación de género y salud. <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar que dichas instituciones se orienten hacia los acuerdos internacionales alcanzados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (El Cairo, 1994) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (1995, Beijing), así como a los ODM. • Trabajar con los sistemas públicos de salud, garantizando una atención adecuada a las mujeres en cuanto a sus especificidades de género y diversidad de identidades, edades y culturas. • Fomentar medidas de acción positiva para la participación de mujeres en los cargos de decisión de los programas y políticas. ■ Formar a los trabajadores sanitarios para que sean capaces de integrar el enfoque de género en su área de competencia en salud, reduciendo la discriminación de las mujeres en el acceso y atención en salud y consiguiendo que se adecue a sus necesidades concretas, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva. Reforzar la participación, presencia y formación de mujeres como personal sanitario especializado en todos los niveles de atención, especialmente en los ámbitos de Atención Primaria – teniendo en cuenta que las mujeres afrontan riesgos laborales mayores, muchas veces relacionados con situaciones de violencia y poniendo los medios necesarios para garantizar su seguridad laboral-.

(Continúa)

^a Ver Anexo IV: Indicadores de salud



(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Equidad de género	<ul style="list-style-type: none"> ■ En las comunidades, fomentando la participación activa de las mujeres sobre las decisiones vinculadas a las políticas y sistemas de salud y empoderando a las mujeres para la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Tomar especialmente en cuenta el enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos en el VIH/SIDA. ■ Desarrollar instrumentos analíticos y metodologías de investigación que permitan la integración de la equidad y el género en la investigación en salud. Desarrollar y promover el uso de indicadores de salud sensibles al género, obteniendo los datos para la investigación desagregados en función del sexo. Establecer líneas de investigación para la acción en cuanto al papel de las mujeres en la economía de la salud. ■ Prestar una especial atención a las situaciones de crisis humanitarias, como desastres naturales o conflictos civiles y políticos, en los que la salud de las mujeres suele verse especialmente afectada. La perspectiva de género y la promoción del respeto a los derechos sexuales y reproductivos es especialmente importante en estos contextos.
Sostenibilidad medio-ambiental	<p>Las cuestiones ambientales afectan a la pobreza en sus tres dimensiones fundamentales: los medios de vida, la salud y la vulnerabilidad; y son precisamente las poblaciones más pobres las que más dependen de los recursos naturales para su supervivencia y, por tanto, las que presentan mayor vulnerabilidad ante los efectos derivados de la mala calidad ambiental: peor salud, más incidencia de enfermedades, inseguridad alimentaria etc. El PDCE 2005-2008 reconoce que el trabajo por la mejora de la salud y la reducción de la pobreza requiere de un cuidado y una sensibilidad clara y activa hacia el medio ambiente. Muchos de los determinantes de la salud se hallan en el medio ambiente en el que las personas viven —entendiendo como tal no únicamente el entorno natural sino también las condiciones de las comunidades, viviendas, escuelas etc. donde se desarrollan las actividades humanas—. Entre cinco y seis millones de personas mueren cada año en los países en desarrollo debido a enfermedades transmitidas por el agua y la contaminación ambiental². Las enfermedades relacionadas con el medio ambiente incluyen, entre muchas otras, la malaria, las infecciones respiratorias, las diarreas o las intoxicaciones por plaguicidas. Algunas de las enfermedades directamente relacionadas con el medio ambiente se comentan en el cruce de los sectores salud y medio ambiente, habitabilidad y agua y saneamiento. Pero además, un medio ambiente saludable determina en gran medida el bienestar físico, psicológico y social de las personas, influyendo enormemente en la calidad de vida.</p> <p>Es necesario prevenir, controlar, corregir y evaluar los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de las generaciones presentes y futuras. Para ello es imprescindible la transversalización de la sostenibilidad medioambiental y la actuación conjunta de los sectores de salud y medio ambiente para garantizar el adecuado uso y gestión de los recursos naturales de forma que se garantice sus sostenibilidad y para desarrollar actividades destinadas a la mejora de factores ambientales con alto impacto sobre la salud.</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Sostenibilidad medio-ambiental	<p>Para perseguir el objetivo de la mejora de la salud con orientación a la sostenibilidad medioambiental, se trabajará a varios niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fortaleciendo la institucionalización de la protección del medio ambiente en los organismos públicos y otros agentes de la cooperación española en salud. ■ Con las instituciones públicas internacionales, nacionales y locales, para lograr la sensibilización al sector medioambiental y la adecuada comprensión de su relación con la salud. Fomentar que dichas instituciones se orienten hacia la consecución de los acuerdos internacionales alcanzados en las dos Cumbres de la Tierra (Río de Janeiro, 1992; y Johannesburgo, 2002) y que, a nivel local se prioricen acciones relativas al medio ambiente natural, comunitario y familiar. ■ Formar a los trabajadores sanitarios en medio ambiente, sostenibilidad y educación para la salud medioambiental. ■ Con la población, apoyando la educación medioambiental y el empoderamiento de las personas para que tengan la información y la capacidad para tomar decisiones que afectan a su medio ambiente y que inciden de forma directa sobre su salud, incluyendo lo relativo al impacto medioambiental y de salud de sus modelos de producción y consumo. Fomentar la participación de la población en las políticas y acciones que afecten a su medio ambiente. ■ Con el sector privado, fomentando su sensibilización y adecuada comprensión de las relaciones salud-medio ambiente y su orientación hacia la consecución de los acuerdos internacionales alcanzados en las dos Cumbres de la Tierra. ■ Fomentar la investigación sobre los determinantes medioambientales de la salud, la interrelación entre medio ambiente y salud y la forma en la que se puede actuar sobre ellos de la manera más efectiva y sostenible. Apoyar el desarrollo de indicadores y la sistematización y difusión de buenas prácticas en este ámbito.
Respeto a la diversidad cultural	<p>Incorporar el enfoque intercultural en el sector salud implica la creación de un modelo de atención en salud que tenga en consideración los determinantes culturales de la salud y que reconozca el conjunto de culturas que coexisten en un mismo espacio geográfico y clínico, así como las necesidades diferenciadas que presentan. La barrera cultural a la que deben enfrentarse los hombres y mujeres indígenas y pertenecientes a minorías étnicas y culturales, se manifiesta tanto en la incapacidad de comunicarse por cuestiones lingüísticas, como por la existencia de comportamientos, códigos, relaciones médico-paciente y objetos terapéuticos extraños a su cultura, que hace muy difícil establecer una relación satisfactoria que les permita beneficiarse de las prestaciones que ofrece el sistema oficial de salud. A esto se une la falta de conocimientos del personal del sistema sanitario convencional sobre los factores culturales de la salud. Para que los pueblos indígenas y las minorías étnicas y culturales reciban unos cuidados de salud plenamente accesibles, de calidad y adaptados a sus necesidades, se debe lograr un efectivo desarrollo e integración del enfoque intercultural de la salud a través de las siguientes acciones:</p>

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud.
Respeto a la diversidad cultural	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificar y apoyar modelos de sistemas de salud que fortalezcan e incorporen la Medicina Tradicional (MT)^a, para que sea una alternativa legal, segura, de calidad y socialmente aceptada. Apoyo al desarrollo y uso adecuado de medicamentos tradicionales, buscando la integración y complementariedad con los sistemas y servicios formales de salud y medicamentos y adecuándose a las circunstancias y realidades locales. ■ Se deben diseñar actuaciones sensibles a estas diferencias y destinadas a garantizar los Derechos Humanos de los pueblos indígenas, así como fomentar la sensibilización e inclusión de este enfoque en la Cooperación Española y en aquellas instituciones nacionales o locales con las que se trabaje. Promocionar la inclusión de los derechos de los pueblos indígenas y la diversidad cultural en las agendas políticas internacionales, nacionales y locales, que garanticen una mayor sensibilización hacia estos temas en los espacios políticos y entre otras poblaciones no indígenas. ■ Apoyo en el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los organismos públicos para la introducción y el desarrollo de sistemas locales de salud que consideren la especificidad indígena y de las minorías étnicas y culturales. ■ Fortalecimiento de los RRHH del sistema de salud para que integren el enfoque intercultural, así como el apoyo a la formación, capacitación y contratación de hombres y mujeres indígenas como profesionales de salud. Es importante que el sistema de formación de trabajadores sanitarios produzca profesionales cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan capaces de llegar a personas y poblaciones diversas, logrando una mayor compatibilidad sociocultural entre los trabajadores y la población que atienden. ■ Fomentar el empoderamiento de las personas indígenas para que sean capaces de tomar decisiones que afectan a su salud y la de su comunidad, estableciendo mecanismos para su participación plena y efectiva en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y acciones de salud, para lograr que éstas respondan lo más posible a sus necesidades y lograr que se adapten plenamente a sus características lingüísticas, de concepciones salud-enfermedad, relaciones médico-paciente y de objetos terapéuticos, para lograr que los cuidados de salud sean de calidad. Esto es importante en todas las esferas, pero especialmente en las campañas de promoción de la salud y educación para la salud, que son herramientas fundamentales de la salud pública y deben estar culturalmente adaptadas para ser efectivas. Se fomentará la participación de las personas indígenas en el diseño de los materiales de promoción de la salud destinados a ellos. ■ Procesos de descentralización del sistema de salud contextualizados y graduales, para acercar los niveles de decisión a las personas que se benefician de las acciones del sistema. Esto les permite una participación más activa en el sistema y por tanto posibilita una integración más plena del enfoque intercultural. ■ Promover el desarrollo de instrumentos analíticos y metodologías de investigación que permitan la integración de la equidad y la interculturalidad en la investigación en salud, aportando información sobre su interrelación. Apoyo en la realización de estudios epidemiológicos y la definición de indicadores específicos de salud para los pueblos indígenas, así como desagregar los datos existentes en función del origen étnico, la pertenencia a una colectividad cultural o tribal y el idioma.

^aVer Glosario de Conceptos

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE OBJETIVO 1: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	
Línea Estratégica	Contenido
L 1.1: Fortalecimiento Institucional de los Sistemas Públicos de Salud	Mejorar las capacidades de rectoría y gobernanza del sistema público de salud que le permitan progresivamente lograr un mejor desempeño, así como liderar y dar una respuesta equitativa, pertinente y sostenible a la situación del sector salud en entornos complejos, dinámicos y cambiantes. Los Estados son los responsables últimos de los resultados en salud, y los garantes del ejercicio del derecho a la salud de las poblaciones. Por tanto, deben tener las oportunidades y la capacidad para asumir esta responsabilidad.
L 1.2: Mejora de los servicios básicos de salud	Apoyar unos servicios básicos de salud fundamentados en la APS para que dispongan de los recursos -humanos, financieros, medicamentos e instalaciones- y de las capacidades para aumentar la calidad de su atención y gestión, facilitando las oportunidades para que la población acceda y participe en ellos de manera equitativa -tanto en las aportaciones financieras como en los servicios recibidos-. Estos servicios básicos basados en los nueve componentes de la APS (ver marco teórico) previenen y atienden las enfermedades prioritarias, que originan la mayor carga de morbilidad y mortalidad de las poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad, por lo que su fortalecimiento resulta crucial.
L 1.3: Mejora del acceso a medicamentos esenciales^a y otros productos sanitarios	<p>La meta 17 del objetivo 8 de los ODM asume el compromiso de proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo. Éstos son una selección de medicamentos necesarios incluidos los anticonceptivos, para satisfacer las necesidades sanitarias de la mayoría de la población.</p> <p>Las actuaciones prioritarias se basan en apoyar y desarrollar acciones en los ámbitos políticos, de los sistemas de salud, sectores informales, lucrativos y de las comunidades, que faciliten la disponibilidad, el acceso y el uso racional, equitativo y sostenido de medicamentos esenciales y de otros productos sanitarios básicos. Ambos son insumos imprescindibles para los servicios básicos de salud y para el Sistema de Salud en su conjunto.</p>
L 1.4: Fortalecimiento de los Recursos Humanos del Sistema de Salud	Conseguir que los trabajadores adecuados y con las capacidades pertinentes estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde. Para ello, se deben apoyar los programas de formación de Recursos Humanos sanitarios adaptados a las necesidades y la realidad locales, así como apoyar los programas que fomenten el ejercicio de su profesión en su país de origen y en equilibrio entre las regiones, en correspondencia a las necesidades existentes. Esto es necesario para mejorar los niveles de salud de la población. Los Recursos Humanos son el insumo individual más importante para los sistemas de salud a todos los niveles, y es necesario garantizar que todas las personas tengan acceso a trabajadores sanitarios cualificados, motivados y bien respaldados. El número y calidad de los trabajadores sanitarios está relacionado con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres.

^a Ver Glosario de conceptos.



LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE OBJETIVO 2: CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD	
Línea Estratégica	Contenido
L 2.1: Mejora de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos^a	Guiadas por la Conferencia de El Cairo, 1994, las acciones de la Cooperación Española en este ámbito se guiarán por el respeto y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, protegidos por la legislación internacional, contemplando todo el ciclo de vida sexual de las personas. Las acciones se basarán en apoyar y desarrollar programas y acciones que mejoren la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un enfoque que: a) contribuya a la reducción de la carga de enfermedad derivada de estos problemas; b) contemple y promueva el desarrollo pleno de los derechos en este ámbito en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres; c) se articule e integre con los otros programas y servicios de salud en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud.
L 2.2: Mejora de la Salud Infantil	La infancia es uno de los colectivos más vulnerables a la enfermedad y la muerte. La mayor parte de las muertes infantiles se producen antes de los 5 años, la gran mayoría de ellas por causas evitables por medio de la aplicación de medidas mínimas de prevención. Para reducir la mortalidad infantil, es necesario apoyar y desarrollar programas y acciones que mejoren la calidad y el acceso a los servicios de salud infantil y su respuesta a los problemas de salud prioritarios con un abordaje integral que: a) se dirija a la mejora del estado de salud de la población infantil, contribuyendo a la reducción de su carga de enfermedad; b) contribuya a la promoción y protección de sus derechos en lo que concierne a su salud y su desarrollo; c) se articule e integre tanto con los otros programas y servicios de salud relacionados (salud reproductiva, etc.) como con el conjunto de los sistemas de salud.
L 2.3: Lucha contra las Enfermedades Prevalentes y Olvidadas^a (incluye SIDA, malaria, Tuberculosis)	La cobertura de estas enfermedades es una prioridad para la Cooperación Española, que apoyará y desarrollará programas y acciones dirigidas a los problemas de salud prevalentes y olvidados, fundamentalmente debidos a enfermedades infecciosas, que afectan a las poblaciones en situación de pobreza y mayor vulnerabilidad. Facilitar la accesibilidad y calidad de los servicios dirigidos a estas enfermedades así como su integración en los servicios básicos de salud, con un especial énfasis en la lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.
L 2.4: Mejora de la prevención y el manejo de cuestiones sanitarias en emergencias: epidemias, desastres y conflictos	<p>Apoyar la prevención y control de los problemas de salud prevalentes en los desastres y conflictos: la malnutrición, las consecuencias sanitarias del hacinamiento, de la falta de acceso a agua potable, la propagación de enfermedades infectocontagiosas –como las infecciones respiratorias agudas, la malaria, el sarampión o las enfermedades diarreicas-, de enfermedades de transmisión sexual, los problemas de salud mental etc.; así como prevenir y controlar el deterioro de servicios e infraestructuras de salud. Las actuaciones en materia de salud son prioritarias durante los desastres y conflictos.</p> <p>Apoyar a los países en la detección y respuesta a las amenazas de enfermedades emergentes y con tendencia a producir epidemias, a fin de reducir al mínimo su impacto en la salud y la economía de la población. Esto es importante dado que las epidemias pueden suponer una demanda importante y repentina para los sistemas sanitarios. Cuando éstos son débiles, a las consecuencias sanitarias de la epidemia se suman los impactos negativos sobre el sistema de salud y sobre la economía.</p>

^a Ver Glosario de conceptos.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

Línea Estratégica	Contenido
L 3: Potenciación de la Investigación y el Desarrollo en salud	Apoyar la aplicación efectiva de la investigación, encaminada a la generación de nuevos conocimientos sobre la salud y nuevas tecnologías dirigidas a las necesidades y el contexto de los Países en Desarrollo. La investigación en salud se reconoce como una de las fuerzas directoras del desarrollo y la lucha contra la pobreza y, sin embargo, tan sólo un 10% de los recursos destinados a ella se aplican a las necesidades de los Países en Desarrollo, que sin embargo sufren el 90% de los problemas de salud (brecha 10/90). Esto es importante ya que hay muchas preguntas de investigación que un país necesita responder si quiere asegurar una provisión de servicios de salud efectivos y eficientes que cubran las necesidades de la población y sean accesibles.

PAUTAS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN EN EL SECTOR SALUD

Son buenas prácticas que deben ser aplicadas por la cooperación al desarrollo en el sector salud independientemente de la línea estratégica en la que se ubique la acción (programa, proyecto...) de cooperación en el sector salud.

- Aplicar el marco de la APS, la Estrategia Salud Para Todos en el S. XXI y los ODM en las actuaciones, así como fomentar la adopción de estos principios por parte de las instituciones u organizaciones con las que se trabaje. Apoyar prioritariamente las actuaciones en el nivel de atención primaria bajo los principios de acceso universal, equitativo y sostenible.
- Aplicar los principios de la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda: Apropiación, Alineamiento, Armonización y Mutua Responsabilidad. Para cumplir con ellos, las actuaciones se alinearán con los Planes Regionales o Planes Nacionales de desarrollo-de Reducción de la Pobreza, de Sanidad o relativos a temáticas concretas cuando éstos existan- y con las prioridades definidas por éstos. También se apoyarán los instrumentos y mecanismos que contribuyan a la armonización con otros donantes (por ejemplo, el enfoque sectorial).
- Instaurar la **gestión basada en resultados**: en lugar de comenzar por insumos y acciones planificadas y posteriormente ver sus efectos e impactos, el enfoque analiza los efectos e impactos deseados (reducción de la pobreza) y después identifica acciones necesarias para lograrlos³.
- Tratar de establecer **alianzas estables** con los actores implicados, siendo especialmente importante cuando se trabaje con el sistema sanitario público.
- Luchar por una **coordinación efectiva** entre los diversos actores de la Cooperación Española por medio de los órganos e instrumentos necesarios (por ejemplo, contribuyendo a la colaboración con el Programa VITA de cooperación en salud para África)
- Priorizar el trabajo con las **instituciones públicas** en el campo de que se trate -si bien para incidir en muchos de los problemas de salud se puede requerir una cooperación y unos objetivos comunes entre el sector público y el privado, especialmente en contextos en los que este último está muy desarrollado y tiene muchas competencias en salud-
- Priorizar también el trabajo con la **Sociedad Civil Organizada** local. En los programas de sensibilización y formación a nivel comunitario es importante contar con material educativo con lenguaje apropiado, enfocado a los cuidados básicos de salud y con especial énfasis para las mujeres y aquellas personas con poder de decisión en las comunidades.

(Continúa)



(Continúa)

PAUTAS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN EN EL SECTOR SALUD

- Facilitar el empoderamiento y la generación de capacidades locales de forma sostenible. Trabajar de forma que se generen capacidades a tres niveles: el institucional, el organizativo y el personal, evitando así la práctica asistencialista.
- Integrar el enfoque de género en todas las actuaciones, así como promover la transversalización del género y la sensibilización hacia los derechos sexuales y reproductivos en aquellas instituciones u organizaciones con las que trabaja, apoyando el desarrollo de las capacidades necesarias para ello.
- Integrar el enfoque intercultural de la salud y las necesidades de los pueblos indígenas en todas las actuaciones, así como promover esta integración en aquellas instituciones u organizaciones con las que trabaja, apoyando el desarrollo de las capacidades necesarias para ello.
- Tener en cuenta el impacto de las actuaciones sobre el medio ambiente, evitando fomentar modelos de consumo u otras actuaciones que puedan poner en peligro la sostenibilidad medioambiental.
- Seguir las directrices internacionales y las recomendaciones de buenas prácticas emitidas por las instituciones internacionales de referencia (las referidas en el Marco Institucional), para el campo en que se trabaje.
- Tener en cuenta las diferencias regionales de los diversos países y de las diversas comunidades a la hora de priorizar los problemas y de plantear las intervenciones, adaptando los contenidos y buenas prácticas a los contextos concretos en que se trabaje. En este sentido es necesario apoyarse en los documentos de planificación de la Cooperación Española relativos a los países prioritarios (Documentos de Estrategia País) y a los países de atención especial (Planes de Atención Especial).
- Actuar siempre de forma que no se genere dependencia de la ayuda al desarrollo dada por los países donantes, siendo especialmente importante cuando esta ayuda constituye una proporción importante del presupuesto sanitario del país.

Actuaciones prioritarias en cada línea estratégica y pautas de intervención

LÍNEA ESTRATÉGICA L 1.1: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD^a	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1) Fortalecimiento de las capacidades (tanto técnicas como políticas) generales de rectoría:</p> <p>a) Formulación y desarrollo de la política de salud y labores de planificación y gestión (Ej. : plan nacional de salud, plan de gastos, cuentas sanitarias nacionales etc.).</p> <p>b) Liderazgo y regulación del sistema.</p> <p>c) Recabar y utilizar la información sobre el sistema de salud.</p> <p>2) Garantizar la cobertura universal de los servicios de salud mediante el desarrollo de sistemas equitativos de financiación y protección social en salud.</p> <p>3) Fortalecimiento de capacidades (tanto técnicas como políticas) en áreas prioritarias específicas:</p> <p>a) Desarrollo del sistema de información sanitaria, de vigilancia epidemiológica y de gestión de la información, utilizando tecnologías adecuadas de información y comunicación (TIC).</p> <p>b) Capacidades para las funciones esenciales de salud pública, que se agrupan en diferentes categorías: Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; Monitorización de la situación sanitaria; Promoción de la salud; Salud ocupacional; Protección del medio ambiente; Legislaciones y regulaciones sanitarias; Gestión de la salud pública; Servicios de salud pública específicos; Atención de grupos vulnerables y de riesgo.</p> <p>c) Capacidades para la gestión de la cooperación internacional.</p> <p>4) Apoyo y acompañamiento en los procesos de descentralización de los servicios sanitarios -apoyando la generación de las capacidades técnicas y políticas necesarias para este proceso- para la mejora en el acceso universal a los cuidados de salud. Expansión de la red sanitaria para reducir la distancia que separa a la población de los cuidados de salud primarios y orientada a la equidad</p> <p>5) Apoyo al enfoque de género en las instituciones de salud, institucionalizándolo como condición imprescindible para que las acciones emanadas de ellas sean sensibles al género:</p> <p>a) Fomentar medidas de acción positiva para igualar las oportunidades y trato de las mujeres y los hombres en las instituciones de salud.</p> <p>b) Fomentar medidas de conciliación de la vida laboral y familiar.</p> <p>6) Apoyo en la introducción y el desarrollo de sistemas locales de salud que consideren la especificidad indígena.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicar el marco de la Atención Primaria de Salud y la Estrategia de Salud para Todos en el Siglo XXI, y la orientación hacia los ODM, así como apoyar a la integración de éstos conceptualmente, políticamente y en los marcos de planificación por parte del Sistema Público de Salud. ■ Tener en cuenta los diversos niveles que existen en el sistema público, articulando las actuaciones en los niveles centrales y los sistemas de distrito, de acuerdo a las funciones que a cada uno le competen en el sistema nacional. El fortalecimiento de los municipios es clave en ciertos contextos (ej. en América Latina). ■ Tratar de establecer alianzas y asociaciones estables con los países socios. ■ Valorar la aplicación de estrategias e instrumentos innovadores: La estrategia incrementalista^{b,4}, el enfoque sectorial (que se analizará en el marco instrumental), etc. ■ Tener en cuenta que el desarrollo de esta línea cobra especiales características según los contextos, como en los Estados frágiles en los que, sin obviar este fortalecimiento, se requieren aproximaciones diferentes. ■ Tratar de capitalizar y orientar estratégicamente las ventajas comparativas, potencialidades, proceso histórico etc., del sistema de salud español y de los mecanismos de protección social. ■ Tener en cuenta el papel de los proveedores privados de salud y la medicina tradicional en el panorama global del sector sanitario

^a Ministerio de Sanidad e instituciones públicas sanitarias^b Frente a la denominada estrategia convencional implica aspectos como: internamente motivada (frente a motivación externa), experimental (frente a un proyecto cerrado), adaptado a las circunstancias locales (y no genérica), incremental y continua (frente a limitación temporal), etc.



LÍNEA ESTRATÉGICA L 1.2: MEJORA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1. Apoyar actuaciones en el nivel de servicios básicos, formando parte de un sistema de Atención Primaria de Salud integral, atendiendo a sus componentes definidos en Alma-Ata, así como a algunos nuevos, como la Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>a) Promoción de la salud -y educación para la salud de los problemas prevalentes y sobre los métodos para prevenirlos y controlarlos-.</p> <p>b) Atención Materno-infantil y Salud Sexual y Reproductiva.</p> <p>c) Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.</p> <p>d) Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.</p> <p>e) Salud y vivienda.</p> <p>f) Control de excrementos y basuras.</p> <p>g) Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.</p> <p>h) Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.</p> <p>i) Suministro de medicamentos esenciales (que constituye una línea de actuación en sí misma).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El diseño de las intervenciones debe contemplar las diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de enfermedad y en el acceso a los recursos de atención primaria. Se deben analizar los condicionantes de género que explican estas diferencias en cada cultura para proponer y apoyar estrategias y actuaciones concretas que contribuyan a disminuir las desigualdades de género. ■ Introducir la perspectiva medioambiental en el marco de la APS, especialmente en el trabajo relacionado con la nutrición y la seguridad alimentaria, el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, el control de excrementos y basuras y la habitabilidad. Actuar siempre de forma que se fomente la conservación y sostenibilidad de los recursos naturales.

LÍNEA ESTRATÉGICA L 1.2: MEJORA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>2. Mejora de la gestión y organización de los servicios, incluyendo especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fomentar servicios orientados hacia la equidad, procurando la cobertura y el acceso universal en función de las necesidades y con un enfoque multisectorial. b) Apoyar la integración de los servicios (hospitales de referencia regionales, centros y puestos de salud, programas asistenciales...), fortaleciendo asimismo la coordinación a nivel de distrito (Ej. sistema SILOS en Latinoamérica) y el desarrollo de un sistema de información sanitaria, dotándolo de los recursos tecnológicos adecuados. c) Mejora de la disponibilidad de infraestructura (rehabilitando aquellas infraestructuras que suponen una barrera para su utilización) y recursos materiales: instalaciones, equipamiento etc. con tecnología adecuada para cada nivel de atención (siempre adaptándose a la política local y los procedimientos nacionales de adquisición de los mismos). d) Implementación y Desarrollo de sistemas de financiación equitativos en los servicios, siendo éste un elemento con gran impacto sobre la accesibilidad de la población a los servicios de salud y el impacto de la enfermedad sobre la pobreza. e) Fortalecimiento de los sistemas de bioseguridad, como abastecimiento de agua y saneamiento, energía, limpieza, desinfección y esterilización. f) Mejora de la calidad asistencial y de la participación comunitaria. Trabajo en la interfase "servicio de salud-población" a muchos niveles, como la mejora de la interacción entre el sistema y la población, su aumento de la confianza hacia los servicios -con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas- la cogestión del sistema y la participación plena de la población en la toma de decisiones. <p>3. Mejora de la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres en el acceso a los servicios de salud, con un especial énfasis en la atención a los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>4. Apoyo al desarrollo y mejora de los servicios tradicionales (no formales) de salud y su interacción con los servicios formales (públicos y privados).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aunque se priorice el trabajo con el sector público, se debe tener en cuenta la diversidad de actores que actúan como proveedores de salud a nivel básico. Considerar también el papel que desempeñan los sistemas de salud tradicionales de las culturas locales. ■ Como complemento al fortalecimiento del sector público, se pueden promover esquemas de contractualización con ONG locales y españolas. ■ Fomentar los niveles locales (Distrito, Municipios) y de atención primaria y comunitaria como niveles prioritarios en el sistema. ■ La inversión en infraestructura y equipamiento debe racionalizarse y guiarse por las necesidades, capacidades y prioridades locales. Debe orientarse hacia centros de salud y hospitales de distrito (o como máximo regionales), utilizando tecnología apropiada y contemplando mecanismos para apoyar los costos recurrentes y los gastos derivados del mantenimiento de esas infraestructuras y equipamientos.



LÍNEA ESTRATÉGICA L1.3: MEJORA DEL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS^a

ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>El acceso a medicamentos esenciales en países en desarrollo en cooperación con empresas farmacéuticas constituye la Meta 17 del Objetivo 8 de los ODM. Los habitantes en países en desarrollo representan cerca del 80% de la población mundial pero sólo suponen el 20% de las ventas mundiales de medicamentos. Para estas poblaciones, el desequilibrio entre sus necesidades y la disponibilidad real de medicamentos tienen consecuencias fatales.</p>	
<p>1. Marcos políticos y regulatorios: Actuaciones en los ámbitos nacionales e internacionales para promover y apoyar el desarrollo de marcos políticos, regulatorios y otros mecanismos que faciliten el acceso equitativo a los medicamentos esenciales, con dos prioridades:</p> <p>a) En el marco del fortalecimiento de las políticas nacionales de salud, apoyar en la actualización y/o definición de Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales, protocolos terapéuticos y el fomento de centros de información sobre medicamentos, contribuyendo a su uso eficaz y eficiente a nivel terapéutico y financiero respectivamente. Realizar acciones de advocacy y desarrollo de capacidades en las instituciones públicas para la fijación y control de precios de medicamentos esenciales, promoviendo la introducción de medicamentos genéricos, las políticas de precios diferenciales, el establecimiento de redes regionales de compra de medicamentos y la utilización de las salvaguardas del acuerdo de los ADPIC (licencias obligatorias) y aquellas oportunidades que establece la Declaración de Doha, especialmente en las áreas afectadas por acuerdos bilaterales más restrictivos.</p> <p>b) Fortalecimiento de las capacidades de las instituciones públicas y de la sociedad civil (ONG locales) para su participación eventual en los espacios internacionales en relación a los medicamentos y en su interacción con los servicios de salud y la población.</p> <p>2. Investigación y Desarrollo (con especial hincapié en Enfermedades Olvidadas):</p> <p>a) Instar a la comunidad internacional, en particular la OMS (Grupo de Trabajo sobre Medicamentos para Enfermedades Olvidadas), a definir una agenda de I+D basada en necesidades reales con el fin de ayudar a los responsables políticos, las agencias de financiación y la comunidad de investigación a establecer prioridades con el fin de desarrollar medicinas seguras, eficaces y asequibles.</p>	<p>■ Por su impacto en la salud y la pobreza es una de las líneas claves que requiere unas pautas imprescindibles a varios niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el ámbito internacional: se utilizarán los principios y marcos estratégicos y operativos internacionales de la OMS y FNUAP en el caso de acceso a anticonceptivos y productos de salud reproductiva. Se tomará como ejemplo estudios e iniciativas internacionales que abordan el problema de precios de medicamentos en los países diana⁵. • En el ámbito nacional: el diálogo, la coordinación y complementariedad entre los actores implicados en el acceso a medicamentos (Ministerio de Sanidad y Consumo: Agencia Española del Medicamento, Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, Industria Farmacéutica, etc.) y los agentes de la Cooperación Española (Ej.: las ONG –en particular del Grupo de Acceso a Medicamentos, GAM^b). Adecuar, en último término, la cooperación en el área de los medicamentos de todas las organizaciones españolas a las directrices y prácticas acordadas a nivel internacional y puestas en práctica por todos los países socios.

(Continúa)

^a Ver Glosario de conceptos.

^b El Grupo de Acceso a Medicamentos (GAM) está formado por expertos de diversas ONG, instituciones y universidades españolas.

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L1.3: MEJORA DEL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS^a	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>b) Apoyar iniciativas de financiación seguras y a largo plazo de I+D en enfermedades prevalentes y olvidadas que apuesten por un acceso equitativo y asequible del producto final. En este sentido, cabe destacar la existencia de Iniciativas Público-Privadas que trabajan para lograr la producción de medicamentos para enfermedades olvidadas y prevalentes (Por ejemplo, DNDi: Drugs for Neglected Diseases Initiative, TB Alliance: Alianza Global para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis, MMV: Medicines for Malaria Venture y el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria).</p> <p>3. Calidad y seguridad de medicamentos: Apoyar y promover en los ámbitos políticos y de los sistemas de salud las actuaciones para la mejora de la calidad y la seguridad de los medicamentos, con dos actuaciones prioritarias:</p> <p>a) Acciones de “advocacy” y fortalecimiento de las instituciones públicas en los procesos de aprobación, regulación, y control de calidad desde las estructuras de regulación farmacéutica españolas y europeas.</p> <p>b) Servir de vínculo entre el ámbito internacional y las estructuras nacionales (como por ejemplo la participación de expertos españoles en el proyecto de precalificación de la OMS sobre seguridad/calidad de los medicamentos).</p> <p>c) Apoyo al desarrollo y aprobación prioritaria de presentaciones, formulaciones y protocolos de tratamiento adaptados a las necesidades y modos de vida de las poblaciones afectadas (como las formulaciones pediátricas o las formulaciones que no requieran refrigeración para el tratamiento del VIH/SIDA).</p> <p>d) Apoyo a iniciativas para el control y lucha contra las falsificaciones y medicamentos fraudulentos.</p> <p>4. Producción de medicamentos: En relación a esta área se pueden contemplar dos actuaciones prioritarias:</p> <p>a) Producción local: su apoyo y el fortalecimiento de las capacidades al respecto puede ser un área de actuación a tener en cuenta en países concretos, sobre todo en cuestiones prioritarias como ciertas enfermedades prevalentes (como la malaria) u olvidadas (como la leishmaniasis, el Chagás y la enfermedad del sueño).</p> <p>b) Producción española: trabajar con la industria farmacéutica española, y en concreto con aquellos laboratorios capaces de producir medicamentos genéricos a bajo coste para promover la producción de medicamentos nuevos para la exportación bajo licencia obligatoria (como en otros países Ej.: Canadá).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el ámbito de los países socios: se buscará una sinergia estratégica a nivel central y periférico, con fuerte inversión en desarrollo de capacidades (institucional, organizativa, individual), y en ocasiones una necesaria aportación de recursos (materiales y financieros), así como el apoyo a procesos de concertación, negociación y lobby con los múltiples actores implicados. ■ En el ámbito del I+D se garantizará el consentimiento previo, libre e informado en el marco ético que corresponde. ■ En el ámbito del aprovisionamiento y la gestión de los medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • Es esencial no generar mecanismos múltiples y paralelos de aprovisionamiento que no aseguren su viabilidad a largo plazo y debiliten el sistema de salud, sino más bien coordinarse con los diferentes actores locales y fortalecer los pertinentes canales disponibles (nacionales y/o regionales).

(Continúa)

^a Ver Glosario de conceptos



(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L1.3: MEJORA DEL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS^a	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>5. Aproveccionamiento y gestión: Fortalecimiento de los sistemas locales de aprovisionamiento y gestión de medicamentos dentro del contexto de fortalecimiento del conjunto del sistema de salud:</p> <p>a) Las actuaciones en algunas de las secuencias de esta parte del ciclo de gestión (aprovisionamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución) dirigidas a mejorar las capacidades del sistema, deben estar bien priorizadas y definidas en función de los “cuellos de botella” principales y en articulación con los otros actores.</p> <p>b) Es de importancia el trabajo con los sectores informales y lucrativos de distribución y dispensación, el fortalecimiento de sus capacidades y su máxima y durable integración en el sistema.</p> <p>c) Dentro de la crucial problemática de la financiación de los medicamentos y los servicios de salud, la Cooperación Española debe contribuir al desarrollo de sistemas de financiación que sean equitativos y asequibles.</p> <p>d) Al ser un área escasamente priorizada, la Cooperación Española debe fomentar la organización y gestión de sistemas de eliminación adecuada de medicamentos, en coordinación con el sector medioambiental.</p> <p>6. Promoción y apoyo del uso racional de los medicamentos:</p> <p>a) Mejora de la prescripción y de la dispensación por los profesionales sanitarios.</p> <p>b) Mejora del uso por la población.</p> <p>7. Donaciones de medicamentos: Dada su importancia, por volumen e implicaciones, es necesario mejorar, de acuerdo con las directrices de donaciones de medicamentos de la OMS, las ayudas realizadas en diferentes contextos (ayuda de emergencia en catástrofes naturales, epidemias, conflictos o equipamiento de centros proveedores de atención sanitaria), ya sea en forma de suministros o donaciones, por los diferentes actores de la Cooperación Española.</p> <p>8. Medicamentos tradicionales: Promoción y apoyo del desarrollo y uso adecuado de medicamentos tradicionales, buscando la integración y complementariedad con los sistemas y servicios formales de salud y medicamentos, adecuándose a las circunstancias y realidades locales (por ejemplo étnicas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el ámbito del uso racional de medicamentos la cooperación española debe: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y adaptar las posibles pautas de intervención con los profesionales sanitarios (metodologías más adecuadas de formación o de estandarización de prácticas, por ejemplo), y la población (con las organizaciones comunitarias, estrategias IEC, etc.), teniendo en cuenta su integración en el fortalecimiento y el desarrollo del sistema de salud, y el uso de los instrumentos ya disponibles, así como su articulación con los otros actores. • Es de interés trabajar y explorar acciones en lo que concierne el tema de medicamentos en los medios de comunicación y publicidad. ■ En general, se promoverá y apoyará la política de genéricos, tanto en los países receptores como en las donaciones y exportaciones españolas. ■ En el conjunto de sus actuaciones sobre los medicamentos, la Cooperación Española deberá transversalizar la integración de dos perspectivas: la perspectiva de género y el acceso a los medicamentos como un derecho humano.

^a Ver Glosario de conceptos

LÍNEA ESTRATÉGICA L 1.4: FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD (trabajadores sanitarios)

ACTUACIONES PRIORITARIAS

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN

La OMS dedica el Informe sobre la salud en el mundo del año 2006 al personal sanitario, reconociendo que la carencia de recursos humanos supone una barrera en la consecución de los ODM e identificado un umbral en la densidad de personal sanitario según el cual hay actualmente 57 países con escasez crítica equivalente a un déficit de 2,4 millones de personal médico, de enfermería y parteras. La propia UE⁶ ha elaborado una estrategia para afrontar la crisis de recursos humanos para la salud en países en desarrollo^a.

1. Apoyar la entrada de trabajadores sanitarios en el sistema.

Se refiere a las áreas de planificación y gestión del sistema de producción de personal sanitario; formación; y contratación de personal.

- a) Preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y en prácticas de contratación eficaces y éticas.
- b) Apoyo a las direcciones de RRHH de los Ministerios de Sanidad y a la formación de los mismos en salud, tanto en áreas asistenciales como en las de planificación y gestión.
- c) Apoyo al desarrollo de instituciones docentes sólidas, que formen a un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas, garantizando la calidad de la formación y evitando lagunas en la cobertura de servicios.
- d) Priorizar el apoyo a la formación en salud pública y de gestores sanitarios, que son especialmente deficitarias.
- e) Atender al adecuado equilibrio de los equipos sanitarios (por ejemplo, la razón personal médico/personal de enfermería).
- f) Producir trabajadores sanitarios cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a personas y poblaciones diversos. Lograr una mayor compatibilidad social entre los trabajadores y la población que atienden en cuanto a sexo, idioma, origen étnico y ubicación geográfica.
- g) Capacitación y empleo de personas indígenas cualificadas, con inclusión de mujeres indígenas, para elaborar, gestionar, administrar y evaluar los programas de atención de la salud.

- La demanda global de RRHH necesita tomar acciones en los tres niveles: nacional, regional e internacional.

- Para el desarrollo de capacidades de los profesionales de salud, se deben diseñar y planificar pautas y metodologías de formación que se integren en el plan de gestión y desarrollo local de los RRHH, y no impliquen efectos contraintuitivos, como el síndrome del “workshop” (pérdida de excesivas horas de trabajo por múltiples talleres). Se fomentarán, por el contrario, las capacitaciones en servicio (realizadas en el mismo puesto de trabajo) y la supervisión.

- Priorizar el apoyo a las instituciones públicas de formación y las estructuras públicas de planificación y gestión de los RRHH, aunque teniendo en cuenta el papel relevante que puede jugar el sector privado en ciertos contextos y la necesidad de cooperar con éste en determinados casos.

(Continúa)

^a Comisión Europea (2005). EU Strategy for Action on the crisis in Human Resources for Health in Developing Countries 2005.



(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 1.4: FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD (trabajadores sanitarios)	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>2. Apoyar en la gestión de RRHH durante su etapa laboral y evitar la salida de éstos del sistema, con el objetivo último de lograr su mejor desempeño y la adecuada distribución de los mismos. Se refiere a las áreas de supervisión y compensación adecuada de los trabajadores, apoyo a los sistemas y a la noción de “aprendizaje de por vida”.</p> <p>a) Apoyar políticas y programas encaminados a aumentar la seguridad laboral del personal sanitario, mediante la identificación y gestión de los riesgos físicos y el estrés mental, así como el fomentar el cumplimiento de las directrices de prevención y protección frente a riesgos, entre ellos el VIH/SIDA. Esto es especialmente importante para las mujeres, que afrontan mayores riesgos, muchas veces relacionados con la violencia.</p> <p>b) Apoyar programas de formación continuada.</p> <p>c) Apoyar acciones encaminadas a evitar que los trabajadores más cualificados emigren. Las migraciones se dan en tres sentidos: del medio rural a las ciudades, del sector público al privado, y de los países en desarrollo a los países más desarrollados. Es necesario apoyar políticas y programas que incentiven que el personal sanitario permanezca en su país de origen y para que la distribución de los trabajadores en el interior del país responda a las necesidades de la población. Para ello se deben apoyar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de incentivos –financieros y no financieros- y programas de mejora de las condiciones laborales en general. • Adaptar la formación y la contratación a las realidades rurales. • Facilitar el regreso de los migrantes. <p>d) Tratar de establecer partenariados especiales con aquellos países de los que España importa RRHH sanitarios, teniendo en cuenta que la recepción de éstos supone un ahorro en términos de capacitación de personal.</p> <p>3. Gestionar adecuadamente la salida de los RRHH del sistema: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de RRHH.</p> <p>4. Apoyar las Estrategias Nacionales de RRHH:</p> <p>a) Apoyar y financiar las políticas y planes nacionales sobre RRHH.</p> <p>b) Fomentar la inclusión del tema de los RRHH en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza.</p> <p>c) Apoyar la creación de mapas nacionales de RRHH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tener en cuenta que el adecuado equilibrio de los equipos sanitarios varía enormemente en función del contexto del país y la región. También puede variar el tipo de personal que es más adecuado en función de los recursos y necesidades locales. Una alternativa es centrarse en la capacitación de personal sanitario auxiliar, que puede gestionar problemas rutinarios, su período de formación es más corto y más focalizado y tienen menor movilidad internacional. ■ Para crear esquemas de incentivos que sean efectivos es necesario investigar, analizar y consultar directamente con los trabajadores sanitarios. ■ Para dar una respuesta efectiva a la crisis de los RRHH es imprescindible tener en cuenta las políticas de género, especialmente si se considera la creciente feminización del personal sanitario. ■ Considerar el empleo de instrumentos de cooperación como el apoyo presupuestario y el apoyo sectorial, especialmente adecuado para la financiación de costes recurrentes como puede ser el apoyo al fortalecimiento de los RRHH.

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.1: MEJORA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS^a

ACTUACIONES PRIORITARIAS

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN

El Objetivo 5 (Meta 6) de los ODM se refiere a la mejora de la salud materna, que persigue la reducción entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes de la mortalidad materna y el incremento del porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

1) Fortalecimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos a través de las siguientes acciones:

- a) Refuerzo de los marcos normativos y del compromiso político y presupuestario hacia estos derechos.
- b) Fortalecimiento de la sociedad civil, especialmente de los movimientos de mujeres y jóvenes que trabajan por la defensa de estos derechos.
- c) Apoyo a acciones de incidencia política y sensibilización dirigidas a las instituciones públicas y la sociedad civil.
- d) Refuerzo del sistema de información local y de vigilancia epidemiológica, así como el seguimiento y evaluación de las acciones en SSR.
- e) Promover la incorporación de la salud y los DSR en las estrategias de reducción de la pobreza.

2) Fortalecimiento de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva dentro de la APS a través de:

- a) Promover la existencia de servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de ciclo vital, cultural y de género.
- b) Promover servicios de asesoramiento e información en materia de Planificación Familiar y prevención de embarazo.
- c) Promover el aprovisionamiento, distribución y acceso a una amplia gama de anticonceptivos (incluidos métodos de barrera masculinos y femeninos, a precios asequibles).
- d) Garantizar la atención antes, durante y después del parto personal cualificado y el acceso a atención obstétrica de emergencia.
- e) Garantizar la atención a las complicaciones causadas por el aborto inseguro y acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dentro de los marcos legales de cada país.

En general habrá que tener en cuenta:

- La promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos exige transversalizar los aspectos, conocimientos y enfoques que aporta la **perspectiva de género** a las disciplinas de salud. Es imprescindible promover el empoderamiento y la autonomía personal de las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En este sentido se apoyará también la formación en salud y género de los agentes de la Cooperación Española y la elaboración en su caso de herramientas metodológicas.
- Siguiendo los criterios del Plan CIPD y el Proyecto del Milenio una pauta esencial es el desarrollo del enfoque y los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos descentralizados, tomando como punto focal los sistemas de distrito basados en la **atención primaria de salud** con continuidad de cuidados hospitalarios. Ello tiene importantes implicaciones en cuanto al fortalecimiento (recursos, organización, gestión) de los mismos en los países socios y el desarrollo de capacidades en los agentes de cooperación.
- Se requiere una importante capacidad de análisis y planificación estratégica en cuanto a la identificación y alianzas con **actores implicados**. En este sentido hay que tener en cuenta:
 - Dada la importante inversión a realizar en el desarrollo de capacidades humanas, es importante mejorar la **formación del personal** más cercano a la población (mujeres líderes, parteras tradicionales, enfermeros y enfermeras de base, matronas...).

(Continúa)

^a Ver Glosario de conceptos.



(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.1: MEJORA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS^a	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>f) Garantizar programas de información, prevención, diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA.</p> <p>g) Garantizar el acceso al tratamiento y prevención de enfermedades del aparato reproductivo como el cáncer de cervix y promover servicios de tratamiento de la infertilidad.</p> <p>h) Promover la información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, paternidad responsable y embarazos precoces, particularmente entre los jóvenes y con una perspectiva cultural.</p> <p>i) Promover programas de lucha contra las prácticas perjudiciales para la salud (como por ejemplo en ciertos contextos la mutilación genital femenina) y contra la violencia de género.</p> <p>3) Acceso de los y las jóvenes a información y servicios mediante:</p> <p>a) Apoyo a iniciativas que faciliten el acceso de este colectivo a servicios abiertos, de confianza y adaptados a sus necesidades.</p> <p>b) Apoyar actividades orientadas a la educación y difusión de información sobre igualdad de género, relaciones sexuales seguras, reproducción, prevención de ITS (incluido VIH/SIDA), prevención de embarazos y anticoncepción.</p> <p>4) Transversalización de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de programas que favorezcan su integración en:</p> <p>a) el sector educativo (formal e informal);</p> <p>b) las iniciativas comunitarias;</p> <p>c) otros programas de salud, especialmente los relacionados con el VIH/SIDA</p> <p>d) los procesos e instrumentos de cooperación (Enfoques Sectoriales, Estrategias País, etc.) situaciones de emergencias y desastres (naturales, conflictos, etc.),</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de las mujeres en la toma de decisiones en las cuestiones referentes a la SSR, la formación y la sensibilización (por ejemplo a través de comités de gestión de salud, consultivos, asociaciones...). • Es imprescindible avanzar en la inclusión y participación de los hombres, lo que requiere un trabajo de proximidad, estratégico y de proceso. • La incorporación y el trabajo con las organizaciones y líderes religiosos y comunitarios, integrando el análisis cultural, es un aspecto también importante⁷. • Prestar una especial atención a adolescentes y jóvenes en tanto colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, y elaborar acciones focalizadas y dirigidas a sus especificidades. Una buena metodología sería la Educación entre iguales^a, que enfatiza la transmisión de información y valores entre personas con condiciones similares y la implicación de la comunidad. <ul style="list-style-type: none"> ■ El papel de las ONG (españolas y locales) es clave en las acciones de advocacy y en la periferia del sistema, en trabajo directo con las comunidades, fomentando su participación y promoviendo su demanda. ■ Un componente esencial en la mejora de los servicios es la disponibilidad de los “suministros esenciales” (anticonceptivos, preservativos, test diagnósticos, antibióticos, etc.), siendo el FNUAP una importante fuente de referencia y aprovisionamiento^b. ■ Las cuestiones de índole ética y socio-cultural deben ocupar un espacio preponderante en la formulación y desarrollo de las acciones, y exigen conocimientos y enfoques más allá de las disciplinas de la salud. ■ Para la elaboración de pautas de intervención en situaciones de conflicto o desastre, es interesante como referencia el sistema desarrollado por FNUAP-OMS-ACNUR⁸.

^a Ver Glosario de conceptos.

^b En este sentido es interesante señalar la denominada “Supply Initiative”, para reunir las necesidades en los suministros para salud reproductiva. Fue establecida en 2003 para crear un foro en el que las principales organizaciones que trabajan en este ámbito puedan identificar los problemas más importantes al respecto, y hacer las pertinentes recomendaciones a los gobiernos y donantes. Ver: <http://www.rhsupplies.org/index.shtml>

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.2: MEJORA SALUD INFANTIL

ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
El Objetivo 4 (Meta 5) de los ODM persigue la reducción de la mortalidad infantil (niños menores de 5 años) en dos terceras partes entre 1990 y 2015.	
<p>1) Acciones de advocacy y fortalecimiento dirigidas a las instituciones públicas y la sociedad civil: ONG, organizaciones comunitarias, para situar a la infancia y su salud en las prioridades de la agenda política y social.</p> <p>2) Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): Apoyo al desarrollo de un enfoque integrado de la salud infantil a través de esta estrategia^a que tiene tres objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Reducir la mortalidad en la infancia. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas. <p>Y tres componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud). Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud). Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario). <p>Las actividades se adecuarán al perfil epidemiológico del país y comprenderán:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuidados perinatales y neonatales, incluyendo la atención prenatal, la atención al parto por personal cualificado, la garantía de una continuidad asistencial, la promoción del cuidado del recién nacido en el hogar... Diagnóstico y tratamiento del asma y el síndrome bronco-obstructivo. Diagnóstico y tratamiento de deshidratación, disentería y diarreas persistentes. Diagnóstico y tratamiento de dos enfermedades graves que causan fiebre: malaria y sarampión. Atención al crecimiento y desarrollo integral del niño, incluyendo la alimentación y nutrición adecuadas (prevención y tratamiento de la desnutrición, tanto de la malnutrición -siguiendo las orientaciones locales- como de la obesidad y la diabetes). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover y fortalecer el enfoque y la práctica de la vinculación entre la salud y la protección y derechos del niño, así como la integración del enfoque de género. ■ Las acciones intersectoriales son un elemento clave en el desarrollo de actuaciones y programas de salud infantil, de manera especial con el sector educación (programas de educación para la salud en el medio escolar) y medioambiental. ■ Para el desarrollo de la AIEPI es esencial: <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de su integración (y su adaptación) a nivel de la política y del sistema de salud; • Fortalecimiento de los servicios de salud (en recursos y capacidades) para la integración e implementación de la AIEPI; • Facilitar la articulación, la sinergia y confianza mutuas entre la población y los servicios de salud infantil; • Actuar en las familias/comunidades (promover prácticas adecuadas claves en familias y comunidades a nivel de supervivencia infantil, fortaleciendo además las redes de apoyo y protección social - integrando herramientas de salud pública y ciencias sociales), tomando el enfoque y el ámbito de la salud comunitaria como un pilar imprescindible.

^a Ver Glosario de conceptos.



(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.2: MEJORA SALUD INFANTIL	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>l) Especial atención a las vacunaciones (según calendarios vacunales nacionales y recomendaciones de la OMS) e inmunizaciones.</p> <p>m) Despistaje y atención integral del niño y niña con VIH/SIDA.</p> <p>n) Diagnóstico y atención integral en casos de maltrato, violencia y accidentes.</p> <p>3) Promoción del uso de intervenciones básicas y costo-efectivas para mejorar la supervivencia infantil en el marco de los componentes de la AIEPI: mosquiteras impregnadas de insecticidas para la prevención de malaria, suplementos de micronutrientes (vitamina A), Suero de Rehidratación Oral (SRO).</p> <p>4) Priorizar la equidad en salud, dedicando una especial atención a actuaciones dirigidas a niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles y de vulnerabilidad (niños y niñas de la calle, niños y niñas trabajadores, entornos de emergencia y/o conflictos armados, etc.), que contemplen su situación sanitaria y psico-social.</p> <p>5) Establecer una agenda prioritaria para las acciones dirigidas a la infancia en el contexto del SIDA con especial atención al apoyo, asistencia y protección de los grupos más vulnerables, enfermos y sus familiares y huérfanos⁹.</p> <p>6) Fortalecimiento y creación de sinergias entre los programas de salud infantil, salud reproductiva, VIH y planificación familiar en el marco de la Atención Primaria de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una atención integrada y continua, eficaz y de calidad, requiere un énfasis sobre el centro de salud y su articulación y complemento (e incluso como elemento clave: Ej. África o zonas remotas con agentes comunitarios -a los que habrá que fortalecer -recursos, formación, supervisión- que asegure la visita a los hogares y la continuidad asistencial).

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.3: LUCHA CONTRA ENFERMEDADES PREVALENTES Y OLVIDADAS	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1) La cobertura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo es una actuación prioritaria de la Cooperación Española. Entre estas enfermedades sobresalen el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, así como las enfermedades olvidadas. En general, las actuaciones prioritarias para luchar contra estas enfermedades son las siguientes:</p> <p>a) Prevención: Educación, información, comunicación y formación de personal sanitario y no sanitario.</p> <p>b) Diagnósticos y tratamientos accesibles y eficaces.</p> <p>c) Mejora del acceso a los Sistemas de Salud de toda la población, en especial las zonas rurales.</p> <p>d) Apoyo a los Programas Nacionales de Gestión de la Información y Vigilancia Epidemiológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un elemento estratégico clave es la sinergia y la integración: <ul style="list-style-type: none"> • De los programas específicos (verticales) en los servicios horizontales; • De las acciones de cooperación en los programas nacionales ; • De las iniciativas regionales y globales en las locales.

(Continúa)

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.3: LUCHA CONTRA ENFERMEDADES PREVALENTES Y OLVIDADAS	
<p>e) Mejora de los programas de inmunización nacionales, mejora de la cobertura vacunal, introducción de nuevas vacunas, mejora mecanismos de seguridad en la administración de vacunas.</p> <p>f) Apoyo y promoción de investigación sobre enfermedades, especialmente VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria, prevalentes en países de renta baja. Desarrollo de nuevas herramientas y estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.</p> <p>2) En la lucha contra las enfermedades infecciosas^a habrá que tener en cuenta también: el apoyo a la erradicación de la polio y la eliminación del tracoma.</p> <p>3) No se pueden olvidar tampoco la lucha contra ciertas enfermedades prevalentes no infecciosas de gran impacto en la población en situación de pobreza y vulnerabilidad: problemas de drogadicción, de salud mental, de violencia y accidentes de tráfico y factores de riesgo de enfermedades crónicas, principalmente alcohol y tabaco.</p>	<p>■ Fortalecimiento de las capacidades del sistema y los servicios públicos de salud para la atención y gestión de los programas y su integración.</p> <p>Se promoverán y desarrollarán de manera prioritaria las acciones intersectoriales</p>

L 2.3.1: SIDA	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>El Objetivo 6 (Meta 7) de los ODM hace referencia a la lucha contra el VIH/SIDA, habiendo detenido y comenzado a reducir su propagación para el año 2015, con especial atención a las mujeres embarazadas, el incremento del uso de anticonceptivos de barrera y la reducción de niños huérfanos por causa del SIDA. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha cobrado más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, lo que lo convierte en una de las epidemias más destructivas de la historia. El SIDA se presenta como un desafío ya que, a pesar de las mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretroviral, y la atención en muchas regiones del mundo, en 2005 el SIDA acabó con la vida de más de 3 millones de personas, de las cuales más de medio millón eran niños.</p>	
<p>1) Se promoverá y facilitará la construcción de voluntades, consensos, y alianzas entre el conjunto de actores implicados, teniendo en cuenta tres líneas claves en los países socios:</p> <p>a) Fortalecer y apoyar a los gobiernos y en concreto a sus Ministerios de Salud para el liderazgo de la respuesta y el desarrollo de los marcos legales, políticos y estratégicos, ya en los ámbitos centrales: Planes y Estrategias Nacionales o en los periféricos (para la respuesta a nivel local): el desarrollo de normas y procedimientos políticos, legales y administrativos que favorezcan en la población afectada sus derechos y el acceso a los servicios.</p> <p>b) Especial énfasis en el apoyo y fortalecimiento de la sociedad civil organizada (ONG, organizaciones comunitarias), asegurando su representatividad, participación y movilización así como promoviendo redes de cohesión social como elemento clave de protección social para mitigar el impacto del SIDA.</p>	<p>■ Es imprescindible enfatizar la orientación e integración permanente en todas las acciones de una triple perspectiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos Humanos (sobre todo en cuanto estigma y no discriminación); • Derechos sexuales y reproductivos y enfoque de género; • Perspectiva socio-cultural: su integración y articulación en las acciones requiere contemplarlas en todo el ciclo de los proyectos y programas (desde la misma formulación).

(Continúa)

^a Para las definiciones de erradicación, extinción, eliminación y control ver el Glosario de conceptos.



(Continúa)

L 2.3.1: SIDA	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>c) Exigir que el VIH/SIDA sea una acción prioritaria para los gobiernos, la sociedad y las acciones del sector privado.</p> <p>2) Apoyo y desarrollo de programas VIH/SIDA integrales que contemplen los siguientes componentes:</p> <p>a) Proveer información y educación sobre la prevención del VIH/SIDA y sobre relaciones sexuales seguras, particularmente en adolescentes y jóvenes. Promover el uso de métodos de barrera, que se han revelado eficaz en la contención de la epidemia. Diagnóstico precoz y tratamiento de ETS. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, incluyendo medidas para la reducción de daños.</p> <p>b) Acceso al test de VIH y orientación individual y familiar, especialmente en determinados sectores vulnerables como en el caso de mujeres embarazadas o en el de mujeres y hombres que ejercen la prostitución.</p> <p>c) Acceso equitativo y asequible a servicios de seguimiento clínico, tratamiento con ARV, tratamiento de enfermedades oportunistas y cuidados paliativos.</p> <p>d) Acceso a asistencia comunitaria y cuidados domiciliarios, así como a una nutrición adecuada, alojamiento, oportunidades de trabajo, acceso a medios de transporte... que faciliten la integración social de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS).</p> <p>e) Acceso a prevención de la transmisión vertical y a profilaxis post-exposición en profesionales sanitarios, así como a transfusiones seguras.</p> <p>f) Hacer frente y reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA.</p> <p>3) El apoyo a programas VIH/SIDA y al sistema de salud implica invertir y priorizar en ciertos aspectos claves como:</p> <p>a) La disponibilidad de suministros esenciales (ej: test diagnósticos) y medicamentos ARV;</p> <p>b) El desarrollo de capacidades en los RRHH para el abordaje integral de la enfermedad;</p> <p>c) La seguridad de los profesionales sanitarios (reducción de riesgos infectivos).</p> <p>d) La simplificación de las tareas (definición y estandarización de paquetes mínimos de actividades y protocolos diagnóstico-tratamiento);</p> <p>e) El apoyo a los sistemas de información local el desarrollo de un sistema que permita en relación al SIDA su vigilancia epidemiológica, así como el seguimiento y evaluación de las acciones;</p>	<p>Ello va a implicar, además, el desarrollo de capacidades por los agentes de cooperación y la utilización -y eventualmente elaboración- de los marcos de referencia pertinentes (Ej.: Estrategia de Género de la Cooperación Española; Guías Prácticas, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La formulación y la implementación de las actuaciones irán dirigidas a fortalecer sistemas integrados de atención primaria de salud como una de las piedras angulares para asegurar la eficiencia, equidad y sostenibilidad de la respuesta y no duplicar recursos. De esta manera dichas actuaciones promoverán y facilitarán: <ul style="list-style-type: none"> • la articulación y la sinergia entre los programas VIH/SIDA y otros programas y servicios claves (Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Infantil). • la integración progresiva con los servicios horizontales de atención primaria de salud (centros de salud). • la integración sistémica de las iniciativas globales (como el Fondo Global). ■ La búsqueda de la eficacia de la AOD española en sus intervenciones sobre el VIH/SIDA requiere un importante esfuerzo por el conjunto de actores implicados, para la canalización estratégica de los recursos (evitando su dispersión), promoviendo la definición y complementariedad de papeles y responsabilidades en las acciones y los actores. Se requiere una armonización y complementariedad en el seno de las acciones de Cooperación Española y con el resto de actores nacionales e internacionales claves identificados.

(Continúa)

(Continúa)

L 2.3.1: SIDA	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>f) La descentralización de la atención;</p> <p>g) El continuum de la atención (entre el hogar y el servicio de salud) con un bien establecido sistema de referencia y contrarreferencia;</p> <p>h) Programas destinados a satisfacer las necesidades específicas y a prevenir la infección en aquellos colectivos expuestos a más riesgo y grupos afectados clave: mujeres y niñas, jóvenes, varones que tienen relaciones sexuales con varones, consumidores de drogas intravenosas, personas que ejercen la prostitución, personas que viven en la extrema pobreza, reclusos, trabajadores migrantes...</p> <p>4) Investigación y Desarrollo de nuevas estrategias de prevención, diagnóstico, monitorización y tratamiento ARV. Como por ejemplo las fórmulas pediátricas, las combinaciones a dosis fijas de ARV, la vacuna contra el VIH o los microbicidas (método de prevención en estudio).</p> <p>5) Apoyar y fortalecer las estrategias dirigidas a mitigar el impacto social y económico del SIDA, especialmente sobre grupos vulnerables con especial atención a niños y niñas (particularmente huérfanos) y mujeres.</p> <p>6) Por su importancia, complejidad e impacto, se deben abordar estrategias específicas en situaciones de emergencias, desastres naturales y conflictos para atender las necesidades de personas en situación de conflicto o posguerra y refugiados y desplazados.</p> <p>7) Aunque implícita en los puntos anteriores, la Cooperación Española mantiene su compromiso de colaborar con el resto de países donantes en reducir la brecha de financiación de la atención al VIH/SIDA en la cuantía que correspondería a España según las necesidades mundiales calculadas por ONUSIDA.</p> <p>8) Se fortalecerán las capacidades técnicas y de recursos en las instituciones de la cooperación con el fin de incrementar la calidad y eficacia de la respuesta al SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dada la complejidad de este problema de salud y de sus respuestas, sus efectos y expectativas, se potenciará el apoyo y desarrollo de iniciativas de investigación tanto en salud como en ciencias sociales (integrada en la línea estratégica Desarrollo de Investigación). ■ Algunos de los instrumentos internacionales (Partenariados Público-Privados) de lucha contra el SIDA son: el Fondo Global de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria; la Iniciativa Global por la Salud del Foro Económico Mundial (que se centra en el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria); la iniciativa 3x5 de la OMS e iniciativas internacionales que contribuyan a la investigación y desarrollo de medicamentos, como el Programa EDCTP de la UE (Programa para la formación de un partenariado de pruebas clínicas entre los países europeos y los países en desarrollo) o vacunas contra esta enfermedad (como el IAVI-Iniciativa Internacional para la vacuna contra el SIDA)^a.

^a Ver Marco Normativo Internacional.



L 2.3.2: MALARIA	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>El Objetivo 6 (Meta 8) de los ODM hace referencia a la lucha contra el malaria (y otras enfermedades), habiendo detenido y comenzado a reducir su incidencia para el año 2015. A pesar de que se lleva más de un siglo intentando erradicar o, cuanto menos, controlar la malaria, esta enfermedad parasitaria continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Aproximadamente el 40% de la población mundial vive en áreas endémicas de malaria y anualmente se dan 300-500 millones de casos y alrededor de 2,7 millones de muertes como consecuencia de la enfermedad, sobre todo en niños.</p>	
<p>1) Fortalecimiento de las instituciones públicas para la formulación de políticas y planes, asegurando su compromiso hacia la enfermedad.</p> <p>a) El fortalecimiento de los sistemas de salud implica el desarrollo de capacidades humanas (profesionales formados), organizativas y de gestión, así como el apoyo con recursos. En este sentido el apoyo a la disponibilidad de herramientas diagnósticas (test o microscopios) y de medicamentos, requiere una adaptación al contexto local.</p> <p>b) Un elemento clave son los sistemas de información sanitaria, en los cuales, además, es importante integrar y obtener la información desagregada por sexo, que permita desarrollar un análisis de género.</p> <p>c) Fortalecer los sistemas de salud (en especial de distrito) como factor clave en la calidad, acceso y equidad sostenible de la lucha contra la malaria.</p> <p>2) Apoyar y desarrollar programas preventivos mediante:</p> <p>a) el control vectorial.</p> <p>b) el tratamiento preventivo intermitente en el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una pauta clave del éxito es la adaptación de las intervenciones a las características locales (epidemiológicas, ecológicas, sociales, infraestructuras, etc.) y singularidades (territoriales, estacionales, etc.). ■ Es imprescindible el apoyo de la cooperación a las acciones preventivas de control vectorial (mosquiteras, fumigaciones en casas o control larvario), lo cual requiere una sólida valoración previa de sus implicaciones e impacto (por ejemplo medioambiental), además de establecer un proceso de análisis y alianzas estratégicas con multiplicidad de actores (p ej: comerciantes). En cualquier caso el apoyo a la disponibilidad (sin costo) de mosquiteras impregnadas de insecticidas a todos los niños y niñas que viven en zonas de malaria endémico es una iniciativa eficaz de resultados positivos rápidos^a. ■ La importancia de la acción intersectorial en salud es especialmente relevante en esta enfermedad, y requiere de manera imprescindible una inversión y esfuerzo en este ámbito.

(Continúa)

^a Iniciativas de resultados positivos rápidos ("Quick Wins") así denominadas y promovidas por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, en su Informe Invertiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2005), como medidas que en corto plazo pueden inducir mejoras sustanciales y de gran escala.

(Continúa)

L 2.3.2: MALARIA	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>3) Apoyar la mejora en la gestión rápida y efectiva de los casos de malaria a niveles diagnósticos y terapéuticos, y tanto en los servicios de salud como en la comunidad.</p> <p>4) Apoyar de manera prioritaria las intervenciones basadas en la comunidad y la participación permanente de la misma.</p> <p>5) Fortalecer la prevención y el manejo de epidemias, y apoyar e implementar acciones para su control, en situaciones estables y de emergencias (por ejemplo en “emergencias complejas”).</p> <p>6) Fortalecer las sinergias tanto con otros programas claves (Tuberculosis, VIH/SIDA, infantil) como su integración con los sistemas de salud, fundamentalmente a nivel de distrito. Primordial como en SIDA y Tuberculosis la sinergia e integración con las Iniciativas Globales.</p> <p>7) Facilitar y desarrollar la investigación básica y aplicada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las intervenciones basadas en la comunidad no deben desarrollarse aisladas del sistema de salud, sino integradas, supervisadas y apoyadas por el distrito (por ej: sistema de referencias para la gestión de casos en el hogar). En cualquier caso es imperativo en ciertas áreas (ej: del África rural) abordar la cuestión del tratamiento de malaria no complicada en el hogar, utilizando (de manera racional) agentes de salud comunitarios. ■ El desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación es crucial, tanto en lo que concierne la prevención como la gestión efectiva de los casos, y requiere capacidades específicas que hay que adquirir y desarrollar. ■ La Cooperación Española debe potenciar la adopción de terapias de combinación basadas en Artemisina (ACT), teniendo en cuenta las dificultades (sobre todo económicas) de su puesta en práctica, y la consecuente necesidad de movilizar recursos (españoles e internacionales) para ello (y de manera sostenida y en un plazo prolongado) . El apoyo a cultivos de artemisina en África Subsahariana, es una estrategia que la cooperación debe valorar para facilitar su acceso. ■ En el ámbito de la investigación en malaria, España dispone de capacidades humanas e institucionales para hacer una aportación internacional en la materia (Centro Nacional de Medicina Tropical de Instituto de Salud Carlos III-MSD, Fundación Clinic), y fortalecer las capacidades locales.



L 2.3.3: TUBERCULOSIS	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>El Objetivo 6 (Meta 8) de los ODM hace referencia al control de la Tuberculosis, reduciendo las tasas de morbilidad y mortalidad e incrementando la proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento DOTS. Se calcula que en 2004 hubo 1,7 millones de defunciones por tuberculosis. El mayor número de defunciones y la tasa de mortalidad por habitante más alta se registraron en la Región de África, donde el VIH ha provocado un rápido incremento de la epidemia de tuberculosis, con el consiguiente aumento de la probabilidad de que se produzcan defunciones por esta enfermedad. Si bien se estima que en 2004 la incidencia por habitante de la tuberculosis se mantuvo estable o se redujo en cinco de las seis regiones de la OMS, la tasa mundial registró un incremento del 0,6%. La excepción es la Región de África, donde la incidencia de tuberculosis siguió aumentando debido a la propagación del VIH. Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el bacilo de la tuberculosis. Algunos datos son: Un tercio de la población mundial está actualmente infectada; entre el 5% y el 10% de las personas infectadas por el bacilo de la tuberculosis (pero no por el VIH) desarrollan la enfermedad o pasan a ser contagiosas en el curso de su vida; las personas infectadas por el VIH y el bacilo de la tuberculosis tiene muchas más probabilidades de desarrollar esta enfermedad.</p>	
<p>La Estrategia para Detener la Tuberculosis (basado en el Plan Mundial de la OMS y el partenariado Stop TB) abarca seis componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ampliación y perfeccionamiento del tratamiento DOTS (Directly Observed Treatment Short - tratamiento breve bajo observación directa) de alta calidad. A fin de que todas las personas que los necesiten, en particular las más pobres y más vulnerables, puedan acceder a servicios de alta calidad, es preciso ampliar el tratamiento DOTS para llegar incluso a las zonas más remotas. 2) Afrontar la combinación de tuberculosis y VIH, la tuberculosis multirresistente y otros retos. Para afrontar la combinación de tuberculosis y VIH, la tuberculosis multirresistente (TB-FRM) y otros retos es preciso adoptar medidas y aportar contribuciones mucho más importantes que las que requiere la aplicación del tratamiento DOTS (por ejemplo con la Estrategia DOTS-Plus en los contextos de países con TB-FRM, y es fundamental alcanzar las metas fijadas para 2015, incluido el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la tuberculosis (objetivo 6; meta 8). 3) Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud. Los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis deben contribuir a las estrategias generales encaminadas a promover los sistemas de financiación, planificación, gestión, información y suministro, así como la introducción de métodos innovadores para ampliar la prestación de servicios. 4) Colaborar con todos los dispensadores de atención. Los enfermos de tuberculosis recurren a una amplia variedad de dispensadores de atención de salud: públicos, privados, empresariales y voluntarios. Para poder llegar a todos los pacientes y garantizar que reciban una atención de alta calidad, es preciso que colaboren todos los tipos de dispensadores de atención sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se deberá destinar un especial esfuerzo a la integración del enfoque de género en las intervenciones y en la investigación sobre esta enfermedad, debido al impacto epidemiológico y social en las mujeres, importante pero apenas visible¹⁰. ■ A partir de la larga experiencia de España en el control de la Tuberculosis se consideran valores añadidos que pueden resultar valiosos en la cooperación en este ámbito: <ul style="list-style-type: none"> • Descentralización e integración de estos programas verticales en los servicios de atención primaria. • Atención en contextos específicos y complejos: prisiones y campos de refugiados. ■ Facilitar y fortalecer la construcción de alianzas de actores para asegurar el apoyo político y financiero a nivel nacional e internacional. Sinergia e integración con las Iniciativas Globales como el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Stop Tuberculosis (OMS)...

(Continúa)

(Continúa)

L 2.3.3: TUBERCULOSIS	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>5) Potenciar la capacidad de acción de los enfermos de tuberculosis y de las comunidades. Los proyectos de atención comunitaria de la tuberculosis han demostrado que las personas y las comunidades pueden realizar algunas tareas esenciales de lucha contra la tuberculosis. Estas redes pueden movilizar a la sociedad civil, además de garantizar el apoyo político y la sostenibilidad a largo plazo de los programas de lucha contra la tuberculosis.</p> <p>6) Fomentar y promover las investigaciones. Si bien los instrumentos actuales permiten luchar contra la tuberculosis, el perfeccionamiento de las prácticas y la ulterior eliminación de esta enfermedad dependerán de las innovaciones en materia de métodos de diagnóstico, medicamentos y vacunas.</p> <p>7) Las acciones se focalizarán hacia aquellos países prioritarios de la Cooperación Española que entran dentro de la categoría de "alta carga de enfermedad TB"^a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar el apoyo a las necesarias investigaciones sobre innovación en fármacos y vacunas sobre TB además de al desarrollo de capacidades en los países socios en este ámbito. Asumir esta prioridad involucrando a diferentes ámbitos institucionales y actores del ámbito de investigación en nuestro país.

L 2.3.4: LUCHA CONTRA ENFERMEDADES OLVIDADAS	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>Las Enfermedades Olvidadas son aquellas que están normalmente fuera del mercado que interesa al I+D porque no resultan beneficiosas. Hay dos tipos de enfermedades olvidadas, por un lado aquellas que constituyen un mercado, aunque pequeño, en los países desarrollados, como la malaria y la tuberculosis. Sin embargo, la mayoría de las Enfermedades Olvidadas afectan únicamente a la población con menos recursos en los países en desarrollo. Las enfermedades olvidadas incluyen: Enfermedad del Sueño (tripanosomiasis africana), Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana), Leishmaniasis (como la Leishmaniasis visceral o enfermedad de kala-azar), Lepra y Úlcera de Buruli, Dengue y otras fiebres hemorrágicas y parasitosis intestinales.</p>	
<p>1) Realizar <i>advocacy</i> sobre los gobiernos y la sociedad civil, incluyendo el sector privado lucrativo, para que las enfermedades olvidadas pasen a ser una prioridad de la salud pública (actualmente, al no constituir "verdaderas emergencias epidemiológicas" pasan, en efecto, desapercibidas u olvidadas).</p> <p>2) Apoyar un sistema de información sanitaria y de recogida de datos, ya que en la actualidad muchas de ellas no son de declaración obligatoria a las autoridades sanitarias competentes.</p> <p>3) Atender a las poblaciones que las padecen, particularmente a los sectores más vulnerables.</p> <p>4) Apoyar iniciativas que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos que sean eficaces, financieramente accesibles, y que se adapten al tratamiento de las enfermedades olvidadas y que suplan las discrepancias que existen en I+D de medicamentos para estas dolencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconocer el impacto que las enfermedades olvidadas tienen sobre las personas que viven en las áreas afectadas y el efecto que esto tiene en su desarrollo y su economía (por ejemplo, el abandono de áreas de alta incidencia que no se habitan ni explotan para la agricultura, la ganadería o la piscicultura). <p>Trabajar a nivel intersectorial, junto con los programas de control de vectores, veterinarios, medioambientales y los proyectos de tejido económico empresarial (por ejemplo ganadería y enfermedad del sueño o esquistosomiasis y piscicultura).</p> <p>Promover la integración de la prevención y la atención de estas enfermedades dentro del marco de la Atención Primaria de Salud.</p>

^a De los 22 países considerados por la OMS de "alta carga" que reúnen el 80 % de los casos mundiales (ver: <http://www.who.int/tb/en/>), hay 11 que entran dentro de las prioridades geográficas de la Cooperación Española: Latinoamérica (Brasil), África Subsahariana (Etiopía, Sudáfrica, República Democrática del Congo, Mozambique), Asia y Pacífico (Afganistán, Bangladesh, Camboya, China, Filipinas, Vietnam).



LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.4: MEJORA DE LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE CUESTIONES SANITARIAS EN EMERGENCIAS: EPIDEMIAS, DESASTRES Y CONFLICTOS	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>DESASTRES (naturales) y CONFLICTOS (civiles y políticos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar en el desarrollo de mecanismos nacionales y/o locales de prevención y respuesta del sistema de salud ante desastres y conflictos, como la institucionalización de una oficina o unidad de desastres en los Ministerios de Sanidad. Apoyar el desarrollo de capacidades del personal en esta área: evaluación del riesgo (dependiente del peligro y la vulnerabilidad), planificación de hospitales en caso de desastre, mitigación de desastres en instalaciones de salud etc. 2. Apoyar en el establecimiento de estructuras de planificación y gestión nacionales y/o locales tras el desastre o conflicto <ol style="list-style-type: none"> a) Apoyar en el establecimiento de un programa de vigilancia epidemiológica b) Apoyar en el establecimiento de sistemas rápidos para la evaluación de daños y necesidades y para la planificación de la intervención. 3. Apoyar en la atención a los impactos inmediatos sobre la salud: Lesiones personales que ocurren en el momento y lugar del impacto. 4. Apoyar en la prevención y la atención de los problemas de salud potenciales, que no aparecen de manera inmediata y que vienen determinados por los desplazamientos de población, el hacinamiento, el refugio inadecuado, las malas condiciones de higiene ambiental –interrupción de los servicios de agua potable y alcantarillado-, la escasez de alimentos, el manejo inadecuado de los cadáveres, cambios ecológicos que favorecen el desarrollo de vectores etc. <ol style="list-style-type: none"> a) Priorizar y apoyar las acciones de saneamiento ambiental y de todas aquellas situaciones que aumentan los riesgos de propagación de enfermedades b) Apoyar en la prevención y control de enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias agudas, la malaria, el sarampión, las enfermedades diarreicas o las enfermedades de transmisión sexual. c) Apoyar la prevención de la malnutrición –especialmente en los grupos vulnerables: mujeres embarazadas, niños y ancianos- y los programas de seguridad alimentaria. d) Apoyar en la prevención de los problemas de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enmarcar todas las actuaciones de la Cooperación Española en salud en situaciones de emergencia en el marco de los documentos de planificación estratégica sectorial en acción humanitaria. ■ Seguir el ciclo de actuación de los desastres que incluye la preparación, la mitigación y la respuesta a los desastres. ■ Tener en cuenta que todos los desastres y conflictos son únicos y sus consecuencias sobre la salud difieren, al tener distintas causas, afectan zonas con distintos grados de vulnerabilidad y en condiciones económicas, sanitarias, socioculturales y políticas diferentes. La adaptación de las actuaciones al contexto concreto es fundamental. ■ Tener una perspectiva multisectorial en la preparación y la respuesta sanitaria ante los desastres y conflictos. Esto es fundamental, ya que la influencia de los determinantes socioeconómicos y medioambientales, entre otros, es de una importancia decisiva para la salud en las crisis humanitarias. Además, es imposible que el sector salud mejore su capacidad de respuesta y la mitigación del desastre sin la participación de los sectores de infraestructuras, economía, educación, vivienda etc. ■ Tener en cuenta que en el caso de las guerras y los conflictos civiles, se generan una serie de obstáculos operativos que complican las actuaciones. ■ Tratar siempre de utilizar los mecanismos locales para la gestión de la crisis y alinearse con sus prioridades. ■ Realizar en todos los casos una evaluación de las necesidades reales y una planificación de las actuaciones. ■ Promover y establecer mecanismos para la coordinación de la ayuda humanitaria internacional.

(Continúa)

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 2.4: MEJORA DE LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE CUESTIONES SANITARIAS EN EMERGENCIAS: EPIDEMIAS, DESASTRES Y CONFLICTOS	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>e) Apoyar en la atención a las necesidades de salud sexual y reproductiva –promoviendo el respeto a los Derechos sexuales y reproductivos de la población, y la protección de la integridad de las mujeres que tienden a ser vulnerada en las situaciones de crisis humanitaria-.</p> <p>f) Apoyar en las campañas de información y educación para la salud de la población.</p> <p>5. Apoyar en la prevención y la atención de los daños en infraestructuras sanitarias básicas, intentando restablecer lo antes posible los programas ordinarios de salud pública:</p> <p>a) Establecimientos de salud e insumos sanitarios (medicamentos, equipos etc.)</p> <p>b) Sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado y otros servicios de salud ambiental, fundamentalmente relacionados con la provisión e higiene de los alimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tratar de conciliar el apoyo de emergencia con la rehabilitación y la reconstrucción del sistema de salud en el medio-largo plazo. Esto es especialmente importante dado que la salud suele ser una de las áreas más rápida y profundamente afectadas por las crisis humanitarias al tiempo que la recuperación de los servicios sanitarios exige un desarrollo y planificación de recursos a largo plazo. ■ Exigir que se cumplan las directrices internacionales relativas a donaciones (medicamentos, equipos, hospitales de campaña etc.) ■ Tener en cuenta las diferencias de género en todos los niveles del proceso de los desastres y conflictos, que pueden determinar diferencias en las necesidades y el abordaje para hombres y mujeres.
<p>EPIDEMIAS</p> <p>1. Fortalecer los sistemas nacionales de salud pública:</p> <p>a) Apoyo a la generación de capacidades nacionales a largo plazo para la prevención, detección y respuesta a las emergencias de salud pública, incluyendo capacidades de laboratorio y de alerta y respuesta rápidas.</p> <p>b) Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, dotándolos de la tecnología adecuada.</p> <p>c) Apoyar el fortalecimiento de la comunicación y coordinación entre los diversos niveles del sistema de salud.</p> <p>d) Fortalecer y generar capacidades para que los sistemas nacionales de salud participen en los sistemas internacionales de respuesta ante epidemias.</p> <p>2. Enfatizar la provisión coordinada de ayuda internacional para apoyar los esfuerzos locales y fortalecer la capacidad e infraestructura local para disminuir la carga de enfermedad y muerte y prevenir la propagación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enmarcar las actuaciones en el Reglamento Sanitario Internacional (OMS) -de alerta y respuesta rápida a epidemias para evitar su difusión internacional- y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.



LÍNEA ESTRATÉGICA L 3: POTENCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (I+D) EN SALUD

ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo al desarrollo de las capacidades de I+D en países receptores, entendido como el proceso por el cual individuos, organizaciones y sociedades desarrollan habilidades (individual y colectivamente) para, de una manera efectiva, eficiente y sostenible, definir problemas, establecer objetivos y prioridades, construir instituciones, e impulsar soluciones sostenibles a los problemas nacionales claves¹¹. 2. Apoyar a nivel internacional, nacional y local, la inclusión de las necesidades de las poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad en los programas de I+D: <ol style="list-style-type: none"> a) Promover el debate y el análisis en torno a la relación salud-pobreza, tomándolo como uno de los ejes directores del establecimiento de prioridades de I+D. b) Lograr equidad en la investigación, para que aborde los problemas prioritarios para aquellos con mayores necesidades y para que las personas se beneficien equitativamente de los resultados de la I+D. c) Apoyar en el desarrollo y aplicación de metodologías de identificación de prioridades de I+D. Incorporar la carga de enfermedad como uno de los parámetros a valorar a la hora de priorizar la I+D, con una consideración especial a aquellos problemas de salud globales con alto impacto en la pobreza (VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis, entre otras). Incorporar la priorización tipológica: investigación aplicada y promover la investigación/acción, participativa y operacional d) Desarrollo de instrumentos analíticos y metodologías de I+D que permitan la integración de la equidad, la discapacidad, la pobreza, el género y la interculturalidad en la investigación en salud. Desarrollo de indicadores de salud sensibles a género y pueblos indígenas, y obtención de datos desagregados por sexo, edad, origen étnico, pertenencia a una colectividad cultural o tribal e idioma. e) Sensibilización y “advocacy” en los actores implicados: políticos, gestores, sanitarios, etc. 3. Tomar especialmente en cuenta las siguientes líneas de I+D: <ol style="list-style-type: none"> a) Priorizar la I+D en enfermedades prevalentes en los países en desarrollo (especialmente VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) y enfermedades olvidadas. b) La falta de medicamentos adecuados para el tratamiento de algunas enfermedades, en particular las enfermedades olvidadas, con especial énfasis en los medicamentos esenciales. c) Salud y derechos sexuales y reproductivos. d) Tecnologías apropiadas y su aplicabilidad en determinados contextos, así como TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) aplicadas a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tener en cuenta que, para el fortalecimiento de la I+D en salud, es necesario apoyar y coordinarse con la multitud de actores que se hallan implicados en este campo: el sector público, que a nivel mundial realiza el 44% del gasto en I+D en salud; el sector privado lucrativo, el 48%; y el sector privado no lucrativo, el 8%. ■ Promoción y facilitación de la participación de la población y la sociedad civil organizada en los procesos de priorización de la I+D y de su aplicación práctica. ■ En el ámbito español se debe luchar por la coordinación entre los actores que actualmente investigan en problemas de salud que afectan a los Países en Desarrollo o que están interesados en abrir estas líneas de I+D. Para ello se deben establecer herramientas de coordinación y de intercambio de información. ■ Integrar progresivamente la I+D en los Proyectos y Programas de la cooperación española en salud. ■ Se debe otorgar una especial importancia a la integración horizontal del enfoque de género en el conjunto de las investigaciones.

(Continúa)

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA L 3: POTENCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (I+D) EN SALUD	
ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>e) Medicina Tradicional y Medicina Complementaria Alternativa (MT/MCA)</p> <p>f) Ciencias sociales aplicadas a la salud.</p> <p>g) Políticas, sistemas y servicios de salud, así como la interrelación de éstos con los determinantes macroeconómicos. Estudios de economía de la salud, teniendo en cuenta las aportaciones de las mujeres a los sistemas y aplicando el enfoque de género.</p> <p>h) Determinantes de la salud y relación salud-pobreza</p> <p>4. Promoción de acciones dirigidas a la aplicación práctica y el compromiso político con los resultados de las investigaciones.</p> <p>5. Apoyo a la difusión del conocimiento generado en las investigaciones entre los actores claves, tanto a nivel nacional como global.</p> <p>6. Apoyo y desarrollo de alianzas y redes de I+D nacionales, bilaterales e internacionales. Fomentar especialmente las redes de investigación Sur-Sur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alineamiento con la Agenda y Comisiones Nacionales Investigación (por ejemplo la "Estrategia de Investigación Sanitaria Nacional Esencial" (ENHR) impulsada por el Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (Council on Health Research for Development, CORHED) ■ Introducción de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) adecuadas en cada contexto.

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Gobernanza democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional.	<p>El cruce intersectorial entre la salud y la gobernanza democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional viene desarrollándose a lo largo de toda esta Estrategia.</p> <p>El PDCE 2005-2008 reconoce a las instituciones como el factor primordial para garantizar el ejercicio de los derechos y las libertades y el acceso e igualdad de oportunidades. Aunque la titularidad de los derechos corresponde a la población (en su calidad de ciudadanos y ciudadanas), la garantía y la promoción de su ejercicio corresponde a las instituciones, que a su vez responden ante sus ciudadanos. Para que esto suceda es necesario que exista rendición de cuentas y transparencia y que rija el Estado de Derecho, pero también es necesario que existan capacidad y mecanismos que posibiliten la participación real y efectiva de la población en aquellas políticas y programas que afectan a sus derechos, y que permitan a la población más desfavorecida hacer valer sus derechos en condiciones de igualdad y de justicia.</p>

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Gobernanza democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional.	<p>En esta Estrategia de salud, se ha enfatizado la necesidad de priorizar la cooperación con dos actores clave en este escenario: las instituciones públicas de salud, apoyando su fortalecimiento y su orientación hacia la reducción de la pobreza y el respeto a los Derechos Humanos; y la sociedad civil, capacitándola para tomar decisiones y participar de forma efectiva en las políticas y los planes de salud que les afectan. Es innegable que la gobernanza democrática, la participación ciudadana y el buen desarrollo institucional son condiciones importantes para el óptimo desempeño de los sistemas de salud y la consecución de los resultados sanitarios. A su vez, para que exista participación ciudadana son necesarios el diálogo y la cohesión social, factores en los que la salud juega un papel reconocido internacionalmente.</p> <p>En el sector salud, la gobernanza democrática, la participación ciudadana y el desarrollo institucional se concretan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Una Administración Pública sanitaria que se dirija a la garantía de la equidad y la calidad en el acceso, gestión y prestación de los servicios públicos de salud, al servicio de la población. Para ello, es necesario, entre otras cosas, que: <ul style="list-style-type: none"> • Se fortalezca la capacidad de planificación y formulación de políticas públicas de salud inclusivas (en la línea que se viene enfatizando a lo largo del marco de intervención), de alcance nacional y acordes con el objetivo de promover el desarrollo a través de la lucha contra la pobreza. • El gasto público en salud se articule con garantías de transparencia y control y orientado hacia las prioridades de salud. • Se lleven a cabo procesos de descentralización contextualizados y graduales, acompañados de un fortalecimiento de las Administraciones Públicas sanitarias locales. ■ Una Sociedad Civil participativa y vigilante, a través del fortalecimiento de los procesos auto-organizativos y el empoderamiento, especialmente de los sectores más vulnerables. <p>La Cooperación Española en el sector salud y en el sector de gobernanza democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional se deben coordinar, complementar y potenciar para lograr el fortalecimiento en estos ámbitos imprescindibles para lograr resultados sostenibles en la mejora de la salud.</p>
Soberanía alimentaria y lucha contra el hambre	<p>Acabar con el hambre supone, como condición previa, que se produzcan suficientes alimentos y que éstos estén disponibles para todos, garantizando el acceso físico y económico de toda la población, en todo momento, a alimentos nutritivos e inocuos, en cantidad suficiente para llevar a cabo una vida activa y sana. La seguridad alimentaria permite vislumbrar acciones preventivas para evitar que las personas lleguen a una situación de hambre.</p> <p>Un concepto más amplio es el de soberanía alimentaria, que se define como el derecho de los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias sostenibles de producción, distribución y consumo de alimentos que garanticen el derecho a la alimentación para toda la población, con base en la pequeña y mediana producción, respetando sus propias culturas y la diversidad de los modos campesinos, pesqueros e indígenas de producción agropecuaria, de comercialización y de gestión de espacios rurales, en los cuales la mujer desempeña un papel fundamental.</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Soberanía alimentaria y lucha contra el hambre	<p>La disponibilidad y accesibilidad de alimentos culturalmente adecuados es algo fundamental para mantener la salud de las personas y evitar la desnutrición. Pero, a su vez, el sector salud debe orientar la producción para evitar dietas desequilibradas que conducen a la malnutrición y déficit vitamínicos y merman las capacidades de las personas para llevar a cabo una vida activa y sana. Muchas de las medidas importantes de la salud pública con un impacto directo en las posibilidades de desarrollo personal y comunitario están relacionadas con la alimentación: suficiente yodo -para evitar el cretinismo y el hipotiroidismo-, vitamina A -cuyo déficit predispone a las enfermedades infecciosas y genera problemas de visión, hierro -que evita la aparición de anemias- etc.</p> <p>Además, el sector salud debe incidir sobre la higiene en el almacenado, distribución y procesado de los alimentos, para garantizar la inocuidad de los mismos. También debe llevar a cabo actividades para comprobar la bioseguridad de los alimentos, asegurándose de que se halla libre de parásitos y contaminantes.</p> <p>Por todo ello, el sector salud debe tener muy en cuenta y participar activamente de las actividades destinadas a garantizar la soberanía y seguridad alimentarias. Algunas de las actividades prioritarias a desarrollar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción del suministro de alimentos en suficiente cantidad, suficientemente diversos e inocuos y promoción de una nutrición adecuada en el marco de la Atención Primaria de Salud. ■ Educación nutricional de las personas para que sean capaces de llevar a cabo una alimentación saludable basada en los usos y costumbres tradicionales. ■ Capacitación de los productores, distribuidores y procesadores de alimentos, para su adecuada comprensión de las relaciones entre las características de estos procesos y los riesgos para la salud (por ejemplo, por la utilización de pesticidas o por un almacenamiento inadecuado que fomenta la contaminación de los alimentos). ■ Fortalecimiento de los sistemas de información y de alerta temprana sobre seguridad alimentaria. ■ Fomento de la implicación de las instituciones públicas de salud de los países en los programas de seguridad alimentaria.
Educación	<p>La educación y la salud están íntimamente relacionadas: para que las personas puedan aprovechar sus oportunidades de educación deben estar sanas y, a su vez, las personas con mayor educación tienen más opciones para desarrollar plenamente su salud -la educación es, en sí misma, un determinante de la salud-. Por ejemplo, la educación primaria universal, de hombres y de mujeres, es uno de los factores que incrementa más claramente los indicadores de mortalidad infantil. Además, existen campos compartidos por ambos sectores en los que es imprescindible su cooperación y coordinación para lograr resultados adecuados:</p>

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Educación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyar la introducción en los currícula escolares de contenidos de Educación para la Salud (EPS). La EPS es la estrategia principal para conseguir que la población cuente con formación e información y desarrolle su capacidad de control y toma de decisiones sobre su salud, de modo comunitario e individual. Se trata de, a través de un proceso continuado, informar a las personas sobre cómo mantener su salud y motivarles para hacerlo, promoviendo fundamentalmente cambios ambientales y del estilo de vida. Es imprescindible desarrollar esta estrategia para incidir sobre muchos de los determinantes de la salud (ver marco teórico), por poner algunos ejemplos: la promoción de una nutrición saludable, la educación física, promoción de viviendas saludables, sexualidad saludable y prevención de problemas de salud sexual y reproductiva, métodos para la prevención de enfermedades infecciosas transmitidas por agua, por vectores, o por determinadas prácticas de riesgo, en especial el VIH/SIDA, desincentivar el uso de drogas, alcohol y tabaco etc. Es necesario que el proceso sea continuado a lo largo de la educación, por lo que debe planificarse un espacio específico para estos contenidos a lo largo del currículum, y que se forme adecuadamente al profesorado de los centros en contenidos y metodología de educación para la salud. Por otra parte es necesario enfocar estos programas de EPS hacia los niños escolarizados, los programas de alfabetización de adultos, y las escuelas de padres y madres de alumnos, intentando que ambos asuman responsabilidades conjuntas en el cuidado de la salud de la familia. ■ Apoyar los programas educativos de formación ocupacional y cualificación profesional elemental y superior, destinados a la formación de Recursos Humanos para el sector salud. La cantidad de personal sanitario y el grado de cualificación debe adaptarse a las necesidades del país. Los contenidos de la formación también deben estar adaptados a las diversas realidades locales, haciendo énfasis en las necesidades rurales, capacitando e incentivando a los RRHH para ejercer en este ámbito. Establecer medidas de acción positiva para que las mujeres y las personas indígenas puedan acceder a estos programas educativos. ■ Valoración y paliación de los efectos del VIH/SIDA en el profesorado y en los alumnos. En el primer caso, la epidemia está diezmando el profesorado especialmente en los países de África Subsahariana. En el segundo, es necesario considerar los casos de niños, pero sobre todo niñas, que tienen que abandonar la escuela para cuidar de familiares enfermos y trabajar para aumentar la renta familiar y continuar las labores que desempeñaban sus familiares enfermos, o si han quedado huérfanos. También es necesario establecer mecanismos que eviten la discriminación y la defensa de los derechos contra los docentes y alumnos infectados por VIH. En general, estos alumnos se consideran especialmente vulnerables y necesitan que el sector sanitario y educativo establezcan mecanismos de becas, alimentación, asistencia psicosocial y sanitaria etc. ■ Fomentar la creación y sostenibilidad de servicios sanitarios escolares, así como atención a las necesidades educativas de la infancia y la juventud enferma.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Cultura y desarrollo	<p>El PDCE 2005-2008 reconoce la cultura como un elemento fundamental para el desarrollo humano sostenible. Según la UNESCO, el patrimonio cultural –material e inmaterial- de los pueblos es un factor esencial para el desarrollo económico, el turismo, la cohesión social y la afirmación de las identidades culturales específicas de cada pueblo. Por ello, una de las líneas prioritarias de la Cooperación Española es la cooperación cultural para el desarrollo. La cooperación cultural debe tener el objetivo de contribuir a la formulación y ejecución de políticas culturales para el desarrollo, para lo cual los programas y proyectos de cooperación cultural deberán orientarse a reforzar las señas de identidad cultural, generar puestos de trabajo y revalorizar los activos patrimoniales. El patrimonio cultural inmaterial se define como los usos, expresiones, representaciones, conocimientos y técnicas que las comunidades, los grupos y, en algunos casos, los individuos reconozcan como parte integrante de su patrimonio cultural.</p> <p>Uno de los patrimonios culturales inmateriales de muchos pueblos es su Medicina Tradicional, (MT) que se refiere a los métodos curativos y remedios que forman parte del acervo cultural de ciertas comunidades tradicionales y que aún siguen estando en uso en las mismas. Por otra parte, la OMS define la MT como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la MT china, el ayurveda hindú, la medicina unani árabe y las diversas formas de medicina indígena. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática –la occidental convencional- o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” (MCA) o “no convencional”.</p> <p>La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África, hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria¹². Además, la MT/MCA tiene diversidad y flexibilidad; accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo; amplia aceptación entre muchas poblaciones de países en desarrollo; un coste comparativo relativamente bajo; bajo nivel de inversión tecnológica; y una creciente importancia económica. Todos estos factores pueden verse como oportunidades de desarrollo.</p> <p>Por todo ello, los sectores de salud y de cultura y desarrollo deben trabajar conjuntamente para preservar, potenciar e integrar la MT/MCA, para contribuir a la cooperación cultural al desarrollo al mismo tiempo que se consiguen impactos muy positivos sobre la salud de las personas. Algunos de los retos a los que se enfrenta la MT/MCA son: los distintos grados con los que la reconocen los gobiernos; la falta de evidencia científica respecto a la eficacia de muchas de sus terapias; dificultades relacionadas con la protección de los conocimientos indígenas de la MT; y problemas a la hora de asegurar su uso correcto. En este campo, uno de los marcos fundamentales es la OMS y su Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005, que da respuesta a los retos mencionados. En ella se apuntan cuatro objetivos en relación a la Medicina Tradicional, con los que la Cooperación Española se alinea y cuya implementación apoyará en los países con los que coopera:</p>

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Cultura y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Política: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implementando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA. Para ello es necesario lograr el reconocimiento político, legal y social de la MT/MCA, e integrarla en el sistema de salud oficial dotándola de los respectivos mecanismos legislativos y legales. Es necesario también destinar recursos para el desarrollo de la MT/MCA y construcción de capacidad, diseñando estrategias para proteger y preservar el conocimiento indígena sobre MT. Por otra parte, sería conveniente llevar a cabo una formación básica de los proveedores alopáticos en las terapias de MT/MCA más comúnmente utilizadas y una formación básica en atención sanitaria primaria para los proveedores de MT. ■ Seguridad, eficacia y calidad: Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, ampliando la base de conocimiento y evidencia científica sobre la MT/MCA y difundirlo y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para asegurar la calidad. Será necesario invertir en un adecuado apoyo a la investigación de MT/MCA, en especial en cuanto a su aplicación para problemas sanitarios prioritarios. ■ Acceso: Incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres. Para ello, es importante, entre otras cosas, el reconocimiento oficial del papel de los proveedores de MT/MCA y la cooperación de éstos con los médicos alopáticos. Desarrollar criterios e indicadores, donde sea posible, para medir la rentabilidad y la equidad del acceso a la MT/MCA. ■ Uso racional: Fomentar el uso terapéuticamente sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores. Para ello es imprescindible aumentar las capacidades de los proveedores para que hagan uso correcto de los productos y terapias de la MT/MCA. Es importante también el uso sostenible de los recursos de las plantas medicinales.
Protección de colectivos en situación de mayor vulnerabilidad	<p>Todas las actuaciones de cooperación al desarrollo, incluyendo las que se llevan a cabo en el sector salud, deben prestar especial atención a aquellos sectores poblacionales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad y que sufren procesos más acusados de exclusión y marginación social. Entre estos colectivos se encuentran, entre otros, la infancia y la primera juventud, las personas discapacitadas y la tercera edad, especialmente si se trata de mujeres.</p> <p>Los adecuados cuidados de salud, especialmente de promoción de la salud, nutrición y alimentación adecuadas, agua y saneamiento básicos, habitabilidad etc. son factores de enorme importancia para disminuir la vulnerabilidad de estos colectivos, fortaleciendo sus oportunidades y capacidades para su desarrollo personal en otros ámbitos.</p> <p>Las políticas y planes de salud deben esforzarse en ampliar la cobertura de los cuidados de salud a estas personas, que son las que mayores necesidades sanitarias presentan. Es necesario apoyar el establecimiento de medidas para disminuir su vulnerabilidad, atendiendo a la variedad de determinantes de la salud que les afectan (ver marco teórico). Los sistemas de salud deben establecer programas específicos destinados a estos colectivos para atender sus necesidades concretas y diferenciadas de otros grupos poblacionales, incorporando una perspectiva generacional en las políticas públicas de salud. Esto incluye el apoyo a las acciones encaminadas a procurar atención médica, psicológica y sociológica para la rehabilitación y la integración de los enfermos y discapacitados.</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Protección de colectivos en situación de mayor vulnerabilidad	<p>Al mismo tiempo, se apoyará al sistema de salud para que se eliminen las barreras que estas personas encuentran al acceso a los servicios, especialmente las barreras económicas, estableciendo sistemas de financiación equitativos que protejan a estas poblaciones vulnerables del impacto económico de la enfermedad. También se apoyará el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social y los sistemas públicos de pensiones.</p>
Medio ambiente	<p>La salud de las personas está muy relacionada con el medio ambiente que nos rodea. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud. Algunas de las áreas relacionadas con el medio ambiente tienen una incidencia especialmente importante sobre la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La falta de agua o su contaminación química o biológica, que favorecen la aparición de parasitosis, de enfermedades diarreicas en general y de otros problemas de salud. La diarrea infantil es responsable de la mayoría de muertes de niños menores de 5 años. ■ La seguridad alimentaria, evitando: la escasez de alimentos y el daño al medio ambiente –si no se practica la agricultura sostenible–; la poca diversidad de la dieta; y la mala salubridad de los alimentos, derivada de su mala conservación e higiene, la contaminación biológica o la entrada de productos químicos tóxicos en la cadena alimentaria del hombre. ■ La ausencia de letrinas o las malas condiciones de las mismas que, entre otras cosas, permiten la contaminación fecal del agua y los alimentos, y posibilitan la transmisión de enfermedades infecciosas –fundamentalmente las diarreicas–. ■ La mala calidad de las viviendas, que predispone, por ejemplo, a la ubicación de vectores –mosquitos, chinches etc.– en las viviendas. También el hacinamiento y la convivencia con animales pueden determinar una predisposición hacia el contagio de la tuberculosis, parasitosis, enfermedades vectoriales y otras. Por otra parte, la contaminación dentro del hogar por utilizar energía fósil para la cocina, representa un factor de riesgo para las enfermedades respiratorias infantiles. ■ La falta de canalizaciones y drenajes de aguas, que favorece la proliferación de vectores de enfermedades como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla etc. además de la transmisión de otras infecciones y parasitosis. ■ Las basuras descontroladas, que también favorecen la proliferación de vectores y la contaminación química y biológica de aguas y suelos. ■ El abuso de plaguicidas. ■ Los cambios medioambientales globales (como el cambio climático) que están determinando cambios en los ecosistemas, lo que repercute en la salud, alterando los patrones de enfermedad de las poblaciones y enfrentándolas a nuevos desafíos. Por ejemplo, como resultado del calentamiento global las enfermedades propagadas por vectores como la malaria y el dengue se están extendiendo.

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Medio ambiente	<p>Es importante prevenir, controlar y revertir estos problemas del medio ambiente con alto impacto en la salud, y no sólo para las generaciones presentes, sino también para las futuras. Sólo un desarrollo sostenible es compatible con la preservación de la salud de las personas a largo plazo, como expresión de una solidaridad intergeneracional. Por ello, desde el sector salud es importante fomentar la sostenibilidad medioambiental como un eje transversal de todas las actuaciones –tal y como se ha analizado en el cruce horizontal de salud y medio ambiente-. Pero además, es necesario que el sector medioambiental y el de salud trabajen conjuntamente para mejorar el acceso al agua, la seguridad alimentaria, el saneamiento, la vivienda etc. Uno de los marcos para desarrollar esta intersectorialidad es la Estrategia de la Atención Primaria de Salud, que incluye diversos componentes relacionados con determinantes de la salud medioambientales. En general, desde el sector salud se trabajará, con una perspectiva medioambiental, en todas aquellas acciones dirigidas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y educación para la salud medioambiental. ■ Saneamiento ambiental y control y tratamiento del agua. ■ Salud y vivienda. ■ Control de excrementos y basuras ■ Alimentación y nutrición adecuadas.
Desarrollo económico sostenible	<p>El sector salud está muy interrelacionado con la actividad económica local, nacional e internacional y precisa de actuaciones conjuntas con este sector con el fin de promover el desarrollo económico sostenible y beneficiarse de él. Algunos de los puntos en los que es necesario aplicar este enfoque intersectorial son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El sector de la salud es en sí mismo un sector económico con gran capacidad para generar empleo y motivar inversiones. En este sentido, es muy recomendable la inclusión de los sistemas de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria y Alternativa en los sectores formales, para que pueda ser una vía para la integración de pueblos indígenas y minorías étnicas y culturales en la economía local, nacional e internacional. ■ También, las condiciones socioeconómicas generales, especialmente la reducción de las desigualdades económicas y la justicia social, tienen un impacto positivo en el nivel de salud de las personas, más de lo que se pudiera pensar de manera intuitiva, siendo uno de los determinantes distales de la salud (ver marco teórico). ■ El sector salud depende de muchos insumos básicos generados en el sector privado de forma mayoritaria y, en muchos casos, los sistemas de aprovisionamiento de estos insumos dependen de mecanismos de producción y de distribución internacionales. Tal es el caso de los medicamentos, equipamientos y otras tecnologías sanitarias. Las políticas de innovación tecnológica y de adquisición de conocimientos son vitales para el sistema de salud. Se apoyarán especialmente las iniciativas de investigación y desarrollo del propio país y las redes Sur-Sur, que desarrollen tecnologías apropiadas a sus contextos. También se apoyará el establecimiento de mecanismos y reglamentación que ligen el desarrollo económico motivado por la generación, distribución y venta de estos insumos con el acceso universal y equitativo a los mismos.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Desarrollo económico sostenible	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las políticas macroeconómicas nacionales tienen un impacto directo en el sistema público de salud, en la medida en que se generan recursos financieros y materiales que lo sustentan. En este sentido, políticas restrictivas como las promovidas por los Programas de Ajuste Estructural, que redujeron drásticamente los presupuestos destinados a salud, han tenido un impacto muy negativo sobre los indicadores sanitarios y sobre el propio sistema, ejemplificado en la crisis de Recursos Humanos en África Subsahariana. El sector salud debe establecer mecanismos de evaluación del impacto de las políticas macroeconómicas sobre la salud. ■ En base a los dos puntos anteriores, se deben establecer también mecanismos de evaluación del impacto de los sistemas monetario internacional, financiero y comercial sobre el desarrollo en el sector salud, así como promover la responsabilidad social y sanitaria de las políticas y planes en estos ámbitos. ■ En la misma línea, las inversiones económicas de empresas extranjeras en los países en desarrollo deben ser socialmente y medioambientalmente responsables, adoptando y aplicando códigos éticos de conducta que promuevan el respeto a los Derechos Humanos. ■ Es importante también lo relativo a las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras, que deben ser dignas y no atentar contra su bienestar físico, psicológico ni social. ■ Por último, en la planificación de infraestructura de transporte y comunicación, deben tenerse en cuenta las necesidades del sector salud para la provisión de suministros médicos y la accesibilidad de los centros sanitarios.
Cooperación con los pueblos indígenas	<p>El objetivo global de la política española de cooperación con los pueblos indígenas es contribuir al reconocimiento y ejercicio efectivo de los derechos de los pueblos indígenas a definir y articular sus propios procesos de desarrollo social, económico, político y cultural, en consonancia con el respeto universal de los Derechos Humanos.</p> <p>Para que los pueblos indígenas puedan disponer de unos cuidados de salud adaptados a sus especificidades y que no presenten barreras lingüísticas ni culturales a su acceso, es necesario aplicar el enfoque intercultural de la salud definido en el cruce horizontal entre la salud y el respeto a la diversidad cultural. Pero además, es necesario implementar acciones específicas destinadas al desarrollo en salud de los pueblos indígenas, para que éstos adquieran protagonismo en los procesos de identificación, formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud, aplicando sus propios procesos participativos. Para ello es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valorizar y fortalecer los sistemas de Medicina Tradicional de los pueblos indígenas, en el marco de lo definido en el cruce sectorial de cultura y desarrollo. ■ Mejorar el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Cooperación con los pueblos indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyar las organizaciones, agrupaciones, instituciones y autoridades tradicionales de los pueblos indígenas con competencias en salud, fortaleciendo la generación de estrategias propias para este sector. ■ Apoyo a la formación, capacitación y contratación de hombres y mujeres indígenas como trabajadores sanitarios. ■ Fomentar el empoderamiento de las personas indígenas para que sean capaces de tomar decisiones que afectan a su salud y la de su comunidad, logrando su participación efectiva y proporcionándoles el espacio para definir su propio modelo de desarrollo sanitario. ■ Apoyar el establecimiento de mecanismos nacionales de supervisión para que las comunidades indígenas puedan informar respecto de abusos y negligencias del sistema del país a las autoridades sanitarias nacionales y que se cree un marco jurídico para abordar eficazmente estas cuestiones. ■ Para que la cooperación a favor del auto-desarrollo sea posible y eficaz, es necesario la adopción de indicadores y otras herramientas técnicas y metodológicas interculturales con las que poder comprender y evaluar adecuadamente los modelos y planes de desarrollo indígenas en el sector salud.
Género	<p>Como se ha analizado en el cruce de la salud con el eje horizontal de género, el enfoque de género en el desarrollo ha ampliado la comprensión de los problemas de salud de las mujeres¹³ al tiempo que se ha señalado la influencia de su condición de subordinación en las enfermedades que con mayor frecuencia les aquejan, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los problemas de salud sexual y reproductiva¹⁴: <ul style="list-style-type: none"> • Las complicaciones durante el embarazo, el parto y el post-parto, así como la interrupción voluntaria del embarazo realizado en malas condiciones constituyen la principal causa de muerte y la segunda causa de pérdida de años de vida saludable tras el VIH/SIDA de las mujeres en edad fértil. También se debe considerar la problemática del embarazo adolescente, que le ocurre al 50% de las jóvenes menores de 20 años en Guatemala y al 80% en Bangladesh.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Género	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia de género, definida según Naciones Unidas como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada” y anclada en la desigualdad entre hombres y mujeres, afecta directamente a la salud sexual y reproductiva. La Mutilación Genital Femenina en cualquiera de sus 4 formas (sunna ligera, sunna modificada, clitoristomía e infibulación) afecta a 130 millones de niñas y mujeres en el mundo. Además de esta forma de violencia, el cebamiento, las bodas forzadas, las violaciones, el feminicidio, etc dejan también secuelas sumamente graves en miles de mujeres. • El riesgo de padecer una ETS, entre ellas el VIH/SIDA, es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esta diferencia se explica en gran medida por prácticas sexuales sobre las cuales las mujeres tienen poco poder de decisión –por ejemplo, no poder exigir al hombre el uso del preservativo-. • La incapacidad o dificultad para situar la sexualidad en el lugar central que le corresponde como manifestación de identidades, roles, erotismo, placer, etc. <ul style="list-style-type: none"> ■ Las consecuencias de la violencia, en forma de daños físicos, lesiones o discapacidades permanentes, embarazos no deseados, así como miedo, ansiedad, depresión, problemas alimentarios y disfunciones sexuales, entre otros problemas de salud mental. ■ La fatiga, el estrés y otras somatizaciones causadas por el doble rol reproductivo y productivo de las mujeres, a lo que se suma la “doble jornada” desempeñada por las mujeres que trabajan dentro y fuera del hogar. ■ Los riesgos para la salud asociados con ciertos trabajos remunerados caracterizados por la repetición, la sobrecarga física y el uso de maquinaria generalmente diseñada a la medida de la fuerza de los hombres. Así mismo, el acoso sexual en el ambiente laboral puede ocasionar problemas de salud mental como ansiedad, miedo, depresión u otros. O bien los riesgos para la salud relacionados con el trabajo doméstico. El contacto con aguas contaminadas afecta más a las mujeres que a los hombres, pues son ellas las que se encargan del lavado de ropa; asimismo, las afecciones respiratorias son más prevalentes en la población femenina debido al humo de las cocinas, lugar en donde ellas desarrollan buena parte de su jornada doméstica. ■ La malnutrición, que significa desnutrición en algunos países y obesidad en otros. En el primer caso, a la pobreza de millones de hogares se suman las pautas culturales sobre la alimentación, que ubican a las niñas y a las mujeres en el último lugar a la hora de recibir el poco alimento con el que cuenta la familia. Esta situación se agrava en situaciones de desastre, hambruna y conflicto. <p>Además de las acciones para transversalizar el género y mejorar la cobertura y calidad de los cuidados de salud a las mujeres –que han sido analizadas en el cruce horizontal-, los sectores de salud y género deben trabajar conjuntamente para dar respuesta a los problemas de salud mencionados, cuyas profundas raíces socioculturales necesitan una abordaje global para lograr una respuesta efectiva.</p>

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Prevención de conflictos y construcción de la paz	<p>La guerra es una de las amenazas mundiales mayores para la salud. La guerra fue la causa más común de homicidio y una de las más comunes de enfermedad y muerte durante el S. XX. Gran parte de la morbilidad viene determinada por el hambre, las enfermedades, las migraciones y la pérdida de recursos. Los servicios de salud funcionan mal, la salubridad de la vivienda o refugio empeora, faltan servicios de agua y saneamiento, escasea el alimento, se merman los trabajadores sanitarios, faltan las medicinas y otros insumos sanitarios y disminuyen los servicios de salud como la inmunización. Las consecuencias negativas abarcan las esferas física, psicológica y social, teniendo por tanto alto impacto en la salud. Además, la salud en el medio-largo plazo tarda en restaurarse. Algunos de los países con mayores tasas de mortalidad infantil son aquellos que han sufrido una guerra en los últimos años.</p> <p>Es indudable que la prevención de los conflictos debe ser una de las prioridades a nivel mundial para mejorar las condiciones de salud, pero a su vez desde el trabajo en el sector salud se pueden llevar a cabo acciones para prevenir la violencia y la guerra. La prevención de los conflictos requiere afrontar las causas que provocan el surgimiento de la violencia en los conflictos contemporáneos: factores estructurales, socio-culturales, económicos y medioambientales.</p> <p>Al abordar la prevención de conflictos desde la perspectiva de la salud, se establecen tres niveles de prevención, en analogía con los tres niveles de prevención que existen en la salud pública: primario (prevenir la aparición de la enfermedad), secundario (diagnosticarla precozmente para instaurar un tratamiento que minimice sus consecuencias) y terciario (curar o paliar la enfermedad o sus síntomas y/o evitar que reaparezca, lo que incluye la rehabilitación). Aunque el sector salud clásicamente se ha implicado en los niveles secundario y terciario, mediante programas de atención a las víctimas y rehabilitación post-conflicto, puede jugar un papel importante en la prevención primaria, evitando que los conflictos estallen y apoyando en la construcción de la paz. En este sentido pueden mencionarse algunas implicaciones que puede tener el sector salud en la prevención de los conflictos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Construir un sistema de salud equitativo y accesible que ayude a disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones en situación de pobreza y exclusión social, y que ayude a aumentar la justicia social, son elementos reconocidos de cohesión social, imprescindible en la cultura de paz. Para ello es importante garantizar que todos los grupos de población, independientemente de su origen étnico o filiación política, tienen un acceso igualitario a los cuidados de salud y se benefician de las mismas oportunidades. Los servicios de salud y sus trabajadores pueden ser figuras clave y símbolos de esta cohesión. Es ejemplificador que en situaciones de conflicto, los ataques a infraestructuras sanitarias y el acoso y/o tortura de los trabajadores de salud es usado como medida de presión y terror. ■ El sector salud puede contribuir en las investigaciones de campo y recopilación de datos que muestren las consecuencias de las guerras para la salud de las personas, como una de las vías para desincentivar los conflictos armados.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
PRIORIDAD SECTORIAL QUE SE CRUZA	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN INTERSECTORIAL
Prevenición de conflictos y construcción de la paz	<ul style="list-style-type: none"> Las instituciones de salud tienen también un papel importante que jugar en los debates para limitar el armamento que pueda estar disponible para eventuales conflictos. Un ejemplo es que, durante la década de los 80, la Asamblea Mundial de la Salud fue la que primero pidió explicaciones sobre la legalidad de las armas nucleares al Tribunal Internacional de Justicia. En la misma línea se desarrolla el trabajo de la International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW, Médicos Internacionales para la Prevención de la Guerra Nuclear). Las reclamaciones referidas a las minas anti-persona son otro ejemplo. El sector salud debe colaborar con otros sectores en la promoción y apoyo a acuerdos internacionales que prohíban la utilización de determinados armamentos. <p>Posiblemente sea el primer punto el que encaja más en el concepto de prevención primaria, en la línea apuntada por el PDCE 2005-2008 de aumentar la seguridad humana, referido a mantener la seguridad de las personas, su integridad física, su bienestar económico y social, el respeto por su dignidad y su valor como ser humano, así como la protección de sus derechos y libertades fundamentales.</p>

MARCO GEOGRÁFICO

ÁFRICA SUBSAHARIANA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1. Fortalecimiento de los sistemas y servicios públicos de salud. (Línea priorizada por los DEP de Angola, Mozambique y Senegal).</p> <p>a) En esta área, la Cooperación Española deberá apoyar iniciativas y programas de fortalecimiento de capacidades de rectoría de los sistemas públicos de salud (orientados hacia la lucha contra la pobreza, los DDHH y la equidad de género), así como en determinados ámbitos como la gestión de Recursos Humanos, gestión hospitalaria, sistemas de vigilancia epidemiológica y de información sanitaria (utilizando tecnologías adecuadas de información y comunicación, TIC).</p> <p>b) En la línea de mejora de servicios básicos de salud se actuará promoviendo la descentralización según los contextos nacionales. El nivel prioritario de intervención será el distrito sanitario, como ámbito idóneo para hacer viable y articular los principios y elementos de la Atención Primaria de Salud y la Salud para Todos, que desde hace años viene intentando impulsar la región africana¹⁵, y que el NEPAD pretende revitalizar^a 16, al igual que el Proyecto del Milenio¹⁷. Éste último recomienda que la mejor forma de aplicar las medidas para el logro de los ODM es "por conducto de un sistema de salud integrado a nivel de distrito, centrado en la atención primaria de la salud y hospitales de consulta de primer nivel". Al mismo tiempo se apoyará el fortalecimiento de los sistemas de referencia entre unidades sanitarias y se promoverá una gestión en los servicios de salud orientada al aumento de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se deberá superar la imagen de homogeneidad del continente y las poblaciones, para dar una respuesta real y contextualizada, adaptando y priorizando las líneas estratégicas generales (ver los DEP para los países prioritarios del PDCE 2005-2008). Dado el elevado volumen de AOD hacia África (actual y prevista) en general y en el sector salud en particular, es muy importante tener en cuenta la "capacidad de absorción" de la misma, y los posibles elementos que pueden limitar la eficacia de dicha ayuda²².

(Continúa)

^aEn su Programa Inicial de Acción establece que "los esfuerzos para reducir la carga de enfermedad en África son sustantivamente dependientes de la eficacia de los sistemas locales de salud para prestar una atención de calidad y accesible a sus comunidades" y que por muchos factores "ha habido un retroceso en los sistemas locales de salud, que hay que revertir".



(Continúa)

ÁFRICA SUBSAHARIANA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>c) Otros elementos necesarios en el apoyo a la mejora de los servicios y su expansión son la inversión en infraestructuras inexistentes o deterioradas y en los recursos humanos, basándose en marcos normativos internacionales^{18, 19} y regionales²⁰ y teniendo en cuenta el impacto del VIH/SIDA sobre los propios profesionales de la salud²¹. Otro aspecto a tener en cuenta será el acceso a los medicamentos esenciales (Ver marco de intervención en el sector salud).</p> <p>d) La Cooperación Española debe hacer un esfuerzo renovado por la promoción de la terapéutica tradicional en África.</p> <p>e) Será prioritario asimismo el aumento de capacidades y apoyo a la formación de los Recursos Humanos en salud, tanto en el equipo gestor como en el clínico orientado al aumento de la productividad. El Programa VITA dispone de una línea fuerte de formación a nivel universitario con programas de cooperación a largo plazo y a través de seminarios avanzados sobre ámbitos más específicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el diseño de las intervenciones se debe tener en cuenta que algunos de los países priorizados por España (como Angola, Guinea-Bissau, Etiopía o Sudán) entran dentro de la categoría de "estados frágiles"^a, que al mismo tiempo que requieren inversiones en salud²³ importantes y mantenidas, plantean enormes desafíos para la consecución de los ODM^{24, 25}, tanto en lo relativo a las modalidades e instrumentos de ayuda, como el tipo de intervenciones y su secuencia.
<p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud. (Línea priorizada por los DEP de Angola, Cabo Verde, Mozambique, Namibia y Senegal)</p> <p>a) En cuanto al ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, es imperativo emplazar a las mujeres y su salud como una prioridad, integrando una visión amplia de género, salud y desarrollo y un enfoque que aborde su diversa y compleja realidad socio-cultural. Será especialmente importante atender a las causas y consecuencias (por ejemplo la alta mortalidad materna) derivadas de las barreras y el pobre acceso de las mujeres a los servicios de atención peri-parto. En la lucha contra la violencia y las prácticas nocivas para la salud, como la Mutilación Genital Femenina, resultará imprescindible alinearse con iniciativas y agentes locales y nacionales (Ver Marco Normativo e Institucional Regional). Se trabajará para paliar la situación de feminización del SIDA a través de proyectos y programas que apoyen el empoderamiento de las mujeres.</p> <p>b) La atención a la salud infantil es una prioridad de esta área, pues es este grupo el que sufre la mayor carga de enfermedad de la región. Su abordaje se centrará en la AIEPI, traspasando el enfoque puramente sanitario e incluyendo una visión de protección y derechos de la infancia (por ejemplo, protección de los huérfanos del SIDA).</p> <p>c) La lucha contra el VIH/SIDA será una prioridad en todos los países, teniendo en cuenta, por ejemplo, que entre los países socios de la Cooperación Española se encuentran algunos de los que tienen la prevalencia más alta a nivel mundial (Mozambique, Namibia y Sudáfrica). En África será especialmente importante incluir ciertos aspectos en la lucha contra el VIH/SIDA: la perspectiva antropológica en la difusión del VIH y su prevención, el acceso a preservativos de manera gratuita, el acceso a tratamiento antirretroviral a precios equitativos y accesibles, la prevención de la transmisión vertical de VIH/SIDA, la co-infección con tuberculosis y el acceso a alimentos por parte de las Personas que Viven con VIH/SIDA^b.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es muy importante tener en cuenta la existencia (tanto en los ámbitos institucionales como en la sociedad civil organizada) de amplias experiencias y capacidades creadas, cuya capitalización es clave, tanto por razones de apropiación como por la necesidad de lograr resultados objetivos en plazos breves y en contexto de escasos recursos. ■ Los esfuerzos de armonización y alineamiento son especialmente importantes en esta región, dada la multiplicidad de actores internacionales y la debilidad de las instituciones locales en salud. España está adquiriendo capacidades en este ámbito, como se manifiesta en el análisis que ofrecen los DEP. ■ A la hora de apoyar los sistemas de salud es especialmente importante en África Subsahariana analizar estratégicamente el nivel y características de sus limitaciones para expandirse y ofrecer servicios en medios descentralizados, de manera que se pueda definir qué sistemas responden mejor a fondos adicionales (por ejemplo staff, medicamentos, equipamiento, etc.) o a fortalecimiento institucional a nivel central (por ejemplo definición de marco político y de gobernanza).

^a OCDE, Grupo de investigación sobre estados frágiles. Disponible en: http://www.oecd.org/about/0,2337,en_2649_33693550_1_1_1_1_1_100.html.

^b La transmisión del VIH de la madre al niño es posible a través de tres vías: a través de la placenta, durante el parto y con la lactancia materna. Además de las medidas que están actualmente disponibles para prevenir este contagio: parto por cesárea, tratamientos farmacológicos complejos...es importante, aunque extremadamente complejo, tener en cuenta las recomendaciones de los Planes Nacionales de SIDA (o en su defecto las de ONUSIDA). Estas últimas recomiendan que se debe aconsejar a una madre infectada la alimentación artificial (y evitar la lactancia de pecho) si ésta es aceptable, factible, abordable económicamente, sostenible y segura (condiciones, por otra parte, complicadas de obtener en algunos medios rurales de esta región).

(Continúa)

ÁFRICA SUBSAHARIANA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>d) La lucha contra la malaria es también prioritaria. Los países de esta zona geográfica se cuentan entre los de mayor prevalencia y con formas graves y resistentes a los antipalúdicos. Por lo demás, es importante armonizar la Cooperación Española con las estrategias locales de salud.</p> <p>e) La lucha contra las enfermedades olvidadas en África Subsahariana se centrará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar advocacy sobre los gobiernos y la sociedad civil, incluyendo el sector privado lucrativo, para que las enfermedades olvidadas pasen a ser una prioridad de la salud pública (actualmente, al no constituir “verdaderas emergencias epidemiológicas” pasan, en efecto, desapercibidas u olvidadas). • Apoyar un sistema de información sanitaria y de recogida de datos, ya que en la actualidad muchas de ellas no son de declaración obligatoria a las autoridades sanitarias competentes. • Atender a las poblaciones que las padecen, particularmente a los sectores más vulnerables. • Apoyar iniciativas que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos que sean eficaces, financieramente accesibles, y que se adapten al tratamiento de las enfermedades olvidadas y que suplan las discrepancias que existen en I+D de medicamentos para estas dolencias. <p>f) Apoyo a la integración de todas las estrategias asistenciales de los programas prioritarios de salud sexual y reproductiva, salud infantil, lucha contra el VIH/SIDA, etc con especial énfasis en la integración de los programas verticales.</p> <p>3. Conocimiento e Innovación. (Línea priorizada por el DEP de Mozambique).</p> <p>Teniendo en cuenta que las capacidades humanas e institucionales en investigación en África son muy limitadas, la Cooperación Española apoyará la investigación sobre los problemas de salud de los países socios, facilitando así tanto la fiabilidad y eficacia de la investigación propiamente dicha como su aplicabilidad. La cooperación será estratégica y con los actores pertinentes, fundamentalmente en los países priorizados, vinculándolos a las redes regionales e internacionales claves.</p> <p>La Cooperación Española tiene experiencia en el apoyo a instituciones de investigación sobre enfermedades como la malaria, el sida y la tuberculosis en proyectos situados en Guinea Ecuatorial y en Mozambique. Siguiendo esta línea de trabajo se dará respaldo a iniciativas internacionales que financien proyectos de investigación en estas enfermedades a través de las vacunas, métodos de prevención y tratamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el ámbito de las actuaciones y el fortalecimiento de los distritos como el nivel prioritario de intervención en los sistemas de salud, España puede ofrecer interesantes ventajas comparativas que deberá capitalizar y desarrollar entre los actores de cooperación. ■ Es clave en África que los programas para el control de enfermedades prioritarias no deben operar simplemente como programas verticales que dupliquen recursos humanos e infraestructuras propios, sino que deben servir para enfatizar y focalizar prioridades críticas en el marco del desarrollo de un sistema de salud global²⁶, integrados en los servicios horizontales y buscando sinergias entre ambos²⁷. ■ En este aspecto es también de importancia la articulación de intervenciones a corto plazo (que buscan un impacto elevado y selectivo)²⁸, con la finalidad de que no vayan en detrimento de abordar determinantes y cuestiones más amplias, complejas y a largo plazo como por ejemplo los sistemas de salud. La existencia de multitud de Programas y Fondos en la actualidad entrañan ese riesgo, como por ejemplo las llamadas iniciativas de resultados positivos rápidos, Quick Wins (Iniciativas de Ganancia Rápida), propuestas en el marco del Proyecto del Milenio²⁹. ■ El trabajo de investigación llevado a cabo por los partenariados público privados especializados en enfermedades olvidadas y en malaria, serán objetivo de apoyo de la cooperación oficial a través de la financiación de los nuevos instrumentos

(Continúa)



ÁFRICA SUBSAHARIANA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>También se tratará de incidir en la investigaciones innovadoras en infecciones respiratorias agudas, sarampión, el virus del papiloma humano y tuberculosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Además de contribuir en los procesos de ensayos de vacunas y fármacos, se pretende promover nuevos tratamientos y evaluar políticas y actuaciones como la distribución de redes mosquiteras impregnadas. Una línea de trabajo esencial es la búsqueda del fortalecimiento del marco institucional de la investigación en salud y la cooperación con el Ministerio de Salud, complementando la investigación con actividades de carácter docente y de capacitación de recursos humanos nacionales, así como de asesoramiento técnico. En este sentido se apoyarán las instituciones especializadas dependientes de este ministerio así como las propuestas de instituciones africanas que desarrollen su trabajo en el ámbito de la innovación científica. <p>Existe asimismo una amplia experiencia adquirida en la cooperación con Guinea Ecuatorial, en la que el Instituto de Salud Carlos III del MSC tiene un relevante papel a través del Centro de Investigación de Enfermedades Endémicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La acción intersectorial es especialmente importante en África, sobre todo en lo que concierne a la coordinación y articulación con otras necesidades básicas, principalmente el agua y saneamiento, la soberanía alimentaria y el sector educación.

AMÉRICA LATINA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1. Fortalecimiento de los sistemas y servicios públicos de salud</p> <p>(Línea priorizada por los DEP de Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Paraguay, Bolivia y Perú).</p> <p>Uno de los ejes estratégicos de la cooperación con esta región debe ser la lucha contra la exclusión y las desigualdades en salud (motivadas por la clase, la etnia o el género) y el fortalecimiento de la cohesión social. Para ello se debe trabajar en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud desde el más alto nivel ministerial hasta los servicios de salud básica, luchando por mejorar la accesibilidad, la calidad y, sobre todo, la orientación hacia la equidad. Pero también se debe trabajar con la población y la Sociedad Civil Organizada, buscando su empoderamiento en salud y su participación activa y efectiva en las políticas de salud y la planificación y gestión del sistema. Algunas de las actuaciones prioritarias en esta línea son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Luchar por la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, especialmente a aquellas personas tradicionalmente excluidas del acceso: las mujeres y las personas indígenas. Para ello, se debe apoyar la construcción de un sistema de salud culturalmente pertinente, sensible a la especificidad indígena y al enfoque de género³⁰, desde el Ministerio de salud hasta los trabajadores de salud locales. Se debe apoyar también a la inclusión y/o articulación de los sistemas de salud indígenas y la medicina tradicional con los servicios formales de atención sanitaria, algo especialmente importante en las áreas rurales. Ésta es una de las principales prioridades de países como Guatemala, Bolivia o Paraguay, además de ser un eje horizontal fundamental en la cooperación con América Latina. b) Transferencia apropiada de capacidades técnicas y herramientas de organización a todos los niveles -del Ministerio de Sanidad a los centros de salud comunitarios-, para mejorar la planificación y gestión del sistema de salud en su conjunto. Apoyo asimismo a la formación de recursos humanos adecuados a las necesidades del sistema de salud en cada país -incluyendo la formación de calidad de personal paramédico y comadronas-, tanto en el área asistencial, como en salud pública y planificación y gestión sanitaria. Sobre todo, fomentar la formación de mujeres y de personas indígenas. Fortalecer las instituciones de formación nacionales. c) Refuerzo de los sistemas de gestión de la información y vigilancia epidemiológica. Refuerzo también de los sistemas de detección temprana de enfermedades infectocontagiosas, con la finalidad de evitar que se constituyan en problemas de salud pública. Apoyar la construcción de sistemas de alerta y respuesta rápida ante epidemias. d) Reforzar el liderazgo y las funciones de rectoría del Ministerio de Salud -sobre todo teniendo en cuenta que el 50% del gasto sanitario en esta región corresponde al sector privado-. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El enfoque será el de refuerzo y apoyo a la institucionalidad pública (nacional o local) del país, evitando la creación de estructuras paralelas, dado que el fortalecimiento de las instituciones públicas es la clave para la eficacia y sostenibilidad del impacto de las acciones de la cooperación española en salud. ■ El fortalecimiento de los sistemas públicos de salud debe tener como nivel prioritario de actuación los SILOS (Sistemas Locales de salud), que es donde existe una mayor debilidad institucional. También, apoyar de forma prioritaria las estrategias de cambio basadas en iniciativas locales para el desarrollo del sistema de salud. ■ Dado el dinamismo y la importancia como actor clave en la región, la población y la sociedad civil organizada debe ser apoyada y fortalecida de manera prioritaria, en sus capacidades y recursos, jugando la cooperación española (sobre todo las ONG) un papel facilitador. ■ Considerar la implementación de nuevos instrumentos de la cooperación, desarrollando los apoyos necesarios y reforzando a las instituciones nacionales de salud para la definición de las políticas nacionales de este sector. ■ Tener en cuenta los actores que actualmente están cooperando en salud en América Latina y la experiencia y las buenas prácticas que hayan podido extraerse de su trayectoria. Éstos son diferentes en cada país, por lo que se recomienda consultar los DEP. ■ Articular todas las actuaciones con las instituciones de referencia a nivel regional, entre otras: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) (ver Marco Institucional Regional).

(Continúa)

(Continúa)

AMÉRICA LATINA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>e) Apoyo al desarrollo y consolidación de los Sistemas Públicos de Seguridad Social.</p> <p>f) Acompañamiento de los procesos de descentralización/departamentalización de los servicios sanitarios para mejorar el acceso a los cuidados de salud, y su mejor adecuación a las realidades sanitarias, socioeconómicas, geográficas y culturales locales.</p> <p>g) Dada la amplia y rica experiencia y análisis de la APS que existe en esta región, así como el impulso renovado que está viviendo en la actualidad, se debe apoyar su desarrollo a todos los niveles del sistema^a.</p> <p>h) Facilitación de equipamiento y recursos para los puestos de salud básica y la remodelación de hospitales de distrito o regionales, siempre alineado con las prioridades locales y con tecnología apropiada y sostenible, previendo mecanismos para financiar los costes recurrentes y de mantenimiento cuando sea necesario. Considerar la introducción de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) cuando sean apropiadas.</p> <p>i) Facilitar el acceso a medicamentos esenciales, especialmente en el campo de las políticas de abastecimiento para hacerlos accesibles a la población en situación de pobreza, especialmente a la que vive en áreas rurales y remotas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tener en cuenta el papel que el Ministerio de Sanidad y Consumo de España ha jugado en la cooperación con esta región y las relaciones inter-Institucionales que se han establecido entre nuestro país y países latinoamericanos, por ejemplo, en el área de la lucha contra la drogadicción. Algunos marcos de cooperación del MSC son, entre otros: con la OPS en el área de violencia de género (Proyecto ACTIVA^b); con el PNUD-ONUSIDA en lucha contra el VIH/SIDA; a través del proyecto EUROsociAL de la UE, en cohesión social; etc. ■ Reconocer y potenciar la ventaja comparativa que tiene España, y en particular las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, para realizar un trabajo de acompañamiento y de refuerzo del proceso de descentralización de los sistemas de salud a nivel subnacional y local. Pueden apoyar también en la capacitación personal e institucional para la organización y coordinación con otras instancias públicas.
<p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud (Línea priorizada por todos los DEP de América Latina).</p> <p>a) Fortalecer la atención primaria en salud sexual y reproductiva, mejorando la calidad y la accesibilidad de estos servicios para las mujeres, así como reforzar el sistema de referencia. Junto a esto, la protección y promoción de los derechos de las mujeres es crucial en la región, y son elementos imprescindibles para la reducción de la alta tasa de mortalidad materna que sufre. Promover la participación y corresponsabilidad de los hombres y las mujeres en la salud sexual y reproductiva, paternidad, planificación familiar, salud prenatal, materna e infantil y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Educación sexual y campañas de información y sensibilización para hombres y mujeres. Mejora de la accesibilidad y calidad de las instalaciones sanitarias para mujeres, acceso a estructuras sanitarias con alto nivel resolutivo y atención básica a mujeres embarazadas y madres por personal capacitado. Empoderar a las mujeres para tomar decisiones que afectan a su salud y derechos sexuales y reproductivos, y para que participen de manera activa y efectiva en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para el desarrollo y consolidación de los sistemas de Seguridad Social, considerar especialmente la cooperación en el marco de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Aprovechar la ventaja comparativa de España en este ámbito, derivada de su propia trayectoria y experiencia. ■ España debe jugar un papel clave en el sector salud en las relaciones entre la UE y Latinoamérica, participando activamente en los marcos estratégicos de cooperación y los programas regionales de la UE^{33,c}. Un ejemplo es la participación de la FIAPP y el ISCIII en el Programa EUROsociAL de cohesión social en América Latina^d.

(Continúa)

^a Desde 2004 se ha desarrollado todo un proceso regional sobre Orientaciones Estratégicas y Programáticas futuras de la APS, que ha abocado en una serie de Documentos y Declaraciones. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/th/s/os/APS-orientation.htm>

^b ACTIVA: Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Red de investigación coordinada por la OPS. Ver: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/activa-project.htm>

^c Entre los Programas regionales de interés para la Estrategia Salud Española cabe citar los Programas Alfa y @lis, que ya desarrollan, por otra parte, algunas instancias españolas. Ver: http://www.europa.eu.int/comm/external_relations/la/prog/index.htm

^d La cohesión social se ha convertido en uno de los ejes estratégicos de la asociación entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe, siendo el tema prioritario de la Cumbre U-ALC de Guadalajara (México) de mayo 2004, que en su Declaración, además, considera al sector salud (junto al educativo) como fundamental para aumentarla (punto 49). La página de la UE sobre la Cumbre: http://europa.eu.int/comm/world/lac-guadal/00_index.htm. La Declaración de Guadalajara: http://europa.eu.int/comm/world/lac-guadal/declar/01_decl_polit_final_es.pdf Instituto Indigenista Interamericano: <http://www.cdi.gob.mx/conadepi/iii/index.html>. OPS, Unidad de Salud de Pueblos Indígenas, y Plan de Acción Regional: <http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/Indig-home.htm>

(Continúa)

AMÉRICA LATINA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>b) La importancia de la violencia en sus variadas formas: de género³¹, infantil, colectiva, etc. como problema de salud pública regional³² exige de manera obligada diseñar actuaciones sobre prevención y control.</p> <p>c) Apoyar en la prevención u control de las enfermedades relacionadas con la infancia que causan la mayor morbilidad y mortalidad en menores de 5 años: malnutrición, diarreas, enfermedades respiratorias, malaria y sarampión. Apoyo a programas de salud prenatal, vacunación, nutrición infantil y educación para la salud en el medio escolar. Especialmente se trabajará en el marco de la APS y en la formación y capacitación de comunidades para la prevención de las enfermedades infantiles. Es fundamental para el control de muchas de las enfermedades infantiles el trabajo en habitabilidad y agua y saneamiento básicos.</p> <p>d) Actuaciones en el campo de la seguridad alimentaria y el saneamiento ambiental, que inciden en muchas de las enfermedades prevalentes en la región.</p> <p>e) En la lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas hay que tener en cuenta el desafío que plantea en la región las la importante carga de enfermedad debida a enfermedades no transmisibles, lesiones y traumatismos, que coexisten con una alta carga de enfermedades infecciosas (malaria y tuberculosis, entre otras) y olvidadas (como la Leishmaniasis o el Chagas), algunas de carácter epidémico (dengue). Las actuaciones en este campo se centran sobre todo en el acceso a los servicios y a los tratamientos y en los sistemas de vigilancia epidemiológica.</p> <p>f) El aumento del VIH/SIDA en la Región y sus peculiares y variables características, hacen que requiera abordajes muy contextualizados, con importantes enfoques socio-culturales y teniendo en cuenta la necesidad de fortalecer la prevención –además del acceso de las personas con VIH/SIDA a atención sanitaria y tratamientos-. Para ello es necesario fomentar, en el marco de las políticas y los servicios de salud sexual y reproductiva, aquellas intervenciones dirigidas a la prevención integral, la mejora de la información, educación y sensibilización sobre la enfermedad. Se fomentará también el establecimiento de lugares de counseling y test diagnósticos.</p> <p>g) Debido a la alta frecuencia de fenómenos naturales adversos en América Central y Caribe y la vulnerabilidad de estos países, que determina la alta incidencia de catástrofes, se hace necesario enfatizar las actuaciones destinadas a la prevención, mitigación y resolución de estos desastres. Se deben fortalecer las instancias regionales y nacionales^b, así como alinearse con ellas y con sus prioridades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyar el papel que pueden tener las universidades y otras instituciones de formación (por ejemplo, Escuelas de Salud Pública) en la capacitación de técnicos y profesionales locales en salud pública y en planificación y gestión sanitaria. La acción de la Cooperación Española en el campo de la formación superior en salud y el desarrollo de la investigación debe capitalizar sus históricas ventajas comparativas, así como el importante esfuerzo de coordinación y articulación realizado con las instituciones universitarias y de investigación latinoamericanas. ■ En lo que concierne a los medicamentos, y dada la amplia incidencia regional en los ámbitos políticos y económicos de España, la cooperación debe orientarse a ámbitos como los derechos de propiedad intelectual, participando y promoviendo acciones como las generadas en el grupo de trabajo de Nicaragua³⁴. ■ En cuanto a las actuaciones ante desastres, se tomará como marco la estrategia española de acción humanitaria. Sería conveniente que las ONG españolas no especialistas en ayuda humanitaria adquiriesen capacidades para trabajar con las ONG locales y las comunidades en sistemas de preparación y mitigación de desastres en las áreas geográficas de mayor riesgo y vulnerabilidad. ■ Para trabajar en la salud de los pueblos indígenas, tomar como marco referencia, entre otros, el Instituto Indigenista Iberoamericano. A nivel de la Cooperación Española, el Programa Indígena de la AECID es un referente claro para todos los actores. ■ Para las cuestiones de género la cooperación debe apoyarse y fortalecer las redes e instituciones que se ocupan específicamente de esta cuestión en la región^a. A nivel nacional, fortalecer y alinearse con los Institutos de la Mujer cuando existan.

(Continúa)

^a OPS: Unidad de Género y biblioteca virtual sobre género (<http://genero.bvsalud.org>). Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). <http://www.cladem.org/espanol/>

^b Existe por ejemplo el importante Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) (http://www.crid.or.cr/crid/esp/que_es_el_crid.html), el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (<http://www.cepredenac.org/>), y la Unidad de Desastres de la OPS, de referencia conceptual, logística (Programa SUMA) y operativa (<http://www.paho.org/spanish/DD/PED/PED-about.htm>)



(Continúa)

AMÉRICA LATINA	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>3. Potenciación de la investigación y el desarrollo en salud. El desarrollo de la investigación es una línea prioritaria, y España debe continuar impulsando las acciones que históricamente realiza en este ámbito. El desarrollo de investigaciones sobre sistemas de salud, cuestiones de equidad y de género, deben ser una prioridad en la agenda, y deben integrarse como un elemento operacional de las acciones. En este apartado debe incluirse la investigación y desarrollo de la medicina natural así como los mecanismos adecuados para su integración en el sistema básico de salud ya que, por ejemplo en Guatemala, su influencia sobre la población es muy elevada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En relación al VIH/SIDA existe un Plan Regional de VIH/ETS para el Sector Salud 2006-2015 en las Américas⁹⁵. Además, las acciones en VIH/SIDA (de la Cooperación Española, de ONG españolas y locales, de las organizaciones de la sociedad civil, de las organizaciones religiosas etc.) deberán reforzar y se alinearán con el Foro/Plan Nacional de SIDA cuando exista. Se fomentará también la participación coordinada en el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis. ■ Para la línea de suministro de medicamentos debe establecerse una clara estrategia y articulación de acciones de cooperación entre los niveles más locales, nacionales y el ámbito regional. Uno de los marcos puede ser Red Regional del Caribe de Adquisiciones Farmacéuticas y Autoridades de Manejo de Suministros (CARIPROSUM)

ASIA Y PACÍFICO	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1. Fortalecimiento de los sistemas y servicios públicos de salud (Priorizados por los DEP de Filipinas y Vietnam).</p> <p>a) Será prioritario el apoyo al sector público en el fortalecimiento de los servicios de salud y en los procesos de reforma y descentralización que están llevando a cabo estos países.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria³⁶ debe ser considerado como una prioridad a nivel regional dentro del desarrollo de los sistemas de salud (gripe aviar, SARS). • La Cooperación Española podrá apoyar en la rehabilitación de infraestructuras sanitarias y en el fortalecimiento de capacidades para la gestión hospitalaria (como por ejemplo el Hospital Oftalmológico de Manila). <p>b) Se apoyará el fortalecimiento de la atención primaria y salud comunitaria, con acciones dirigidas a mejorar la cobertura y calidad de estos servicios, así como a la búsqueda de sistemas de financiación equitativos.</p> <p>c) Apoyo al desarrollo y mejora de los servicios de la medicina tradicional (no formales) de salud y su interacción con los servicios formales (públicos y privados).</p> <p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud (Priorizado por los DEP de Filipinas y Vietnam)</p> <p>a) Las actuaciones sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben ocupar un puesto primordial en la agenda de la Cooperación Española en Asia-Pacífico debido a la especial relevancia que sus implicaciones demográficas, epidemiológicas y socio-económicas tiene en la región³⁷. Actualmente se prevé que la región no va a alcanzar el ODM³⁸ que se refiere a la mortalidad materna (salvo quizás Camboya y Filipinas), para ello se ha estimado que sería necesario una reducción anual del 5,4 %. En Asia Oriental y Pacífico la reducción entre 1990-2000 fue del 4,5 %, mientras que las previsiones entre 2001-2015 es del 1,5 %. Para la región de Asia Suroriental las cifras fueron respectivamente de 2,9 % y 2,5 %³⁹. Se dedicará además una atención especial a los jóvenes y adolescentes⁴⁰ y a las víctimas de explotación y tráfico sexual y de traumatismos por minas y conflictos.</p> <p>b) Si bien la mayor carga de enfermedad y mortalidad del conjunto de la región es debida a enfermedades no transmisibles, la lucha contra las enfermedades infecciosas debe ser una línea prioritaria por su importancia epidemiológica y su elevada carga en ciertos países como Afganistán, Bangladesh y Timor Oriental.</p> <p>c) La gripe aviar debe ser una prioridad en tanto enfermedad emergente y su riesgo de pandemia, debiendo apoyar la Cooperación Española el refuerzo de los sistemas de vigilancia y control de la Influenza Aviar altamente patógena (IAAP), teniendo en cuenta que los cinco países asiáticos en los que se han presentado casos humanos hasta ahora confirmados son todos prioritarios en la Cooperación Española⁴¹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Será esencial la coordinación entre los países socios y los donantes, en este sentido, tanto en Filipinas como en Vietnam se están llevando a cabo enfoques sectoriales (SWAP) en salud que la Cooperación Española se propone apoyar. ■ En el ámbito de la salud sexual y reproductiva es importante la integración y el apoyo continuo al desarrollo del Programa de Acción del CIPD⁴⁸. Un marco de referencia puede ser la Iniciativa para la Salud Reproductiva de los Jóvenes en Asia (RHIYA) promovida por Comisión Europea/FNUAP (Ver Marco Normativo)⁴⁹, y la articulación con redes claves, como la Red "Asia-Pacífico POPIN"⁵⁰. ■ Asia-Pacífico es el epicentro de importantes enfermedades emergentes, como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y la gripe aviar, así como dengue, cólera, meningitis, fiebre tifoidea... En este sentido, se ha acordado a nivel regional⁵¹. ■ En las intervenciones para la preparación, vigilancia y respuesta hacia la gripe aviar, la cooperación apoyará el sistema público de salud y a las poblaciones en sus áreas geográficas de intervención. La debilidad actual en muchos países en estos ámbitos requerirá un esfuerzo de apoyo a los programas nacionales y locales, una imprescindible acción intersectorial con la sanidad animal, y una estrecha coordinación y apoyo a las representaciones nacionales y regionales de los organismos internacionales claves como la OMS (que dispone de numerosa bibliografía y guías al respecto)⁵², la FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)⁵³.

(Continúa)



(Continúa)

ASIA Y PACÍFICO	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>d) La lucha contra enfermedades olvidadas, como la lepra. Asia y Pacífico tiene la mayor prevalencia e incidencia mundial, ello se debe sobre todo a la India (donde existen por otra parte la mayor parte de los casos mundiales: 298.603 de los 407.791 nuevos casos detectados en el mundo en 2004), mientras que entre los países priorizados por la Cooperación Española, Filipinas tiene una Tasa de prevalencia de 0,4, Bangladesh de 0,3. También se tendrán en cuenta áreas de pobreza de mayor prevalencia⁴². Otra enfermedad importante en el área es el dengue, enfermedad vírica transmitida por la picadura de mosquitos del género Aedes. En Filipinas es uno de los principales problemas de salud durante la época de lluvias. Afecta a todas las franjas de edad y se concentra en los núcleos urbanos.</p> <p>e) Asia no sólo no logrará la meta 7 (haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA) del ODM nº 6 relativo al VIH/SIDA⁴³, sino que su situación epidémica en transición y cambiante⁴⁴ abre un panorama de consecuencias imprevisibles. Ante esto, se debe reforzar la respuesta integral ante esta epidemia. Por ejemplo, en Vietnam, país prioritario de la Cooperación Española, el número de casos se ha multiplicado en los últimos años, incluidas áreas geográficas priorizadas por el DEP (como por ejemplo la provincia de Quang Ninh)⁴⁵.</p> <p>f) En Asia-Pacífico se concentra un 67 % de los casos mundiales de Tuberculosis y de los 22 países clasificados en el mundo por la OMS como de alta carga ("High burden countries"), 11 se encuentran en la región, y entre estos hay 8 que son prioridades geográficas de la Cooperación Española (Afganistán, Bangladesh, China, Camboya, Filipinas, Vietnam y los países que sufrieron el Tsunami – Indonesia y Tailandia)⁴⁶. La importancia de la Tuberculosis en la región y el momento crítico que vive en los progresos realizados en los últimos años determina la actuación sobre líneas estratégicas que faciliten el acceso y la calidad de DOTS, las amenazas emergentes (TB multirresistente y coinfección TB/VIH), y las importantes cuestiones de género que esta enfermedad plantea en la región⁴⁷.</p> <p>g) Apoyo para la mejora de la asistencia técnica en situaciones de emergencia.</p> <p>h) En la implicación de la Cooperación Española desde el inicio del desastre natural provocado por el Tsunami y su compromiso de participar en la reconstrucción^b, las actuaciones en el sector salud deben ocupar un espacio prioritario, continuando su concentración en Indonesia y Sri Lanka, y orientándola tanto hacia los recursos (ej: humanos, y reconstrucción física de centros de salud) y ciertos problemas de salud (como la salud mental), con un énfasis en ciertos grupos vulnerables (desplazados, mujeres y niños), con un importante enfoque intersectorial, y una especial atención a las cuestiones de derechos humanos y de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las intervenciones sobre el VIH/SIDA en Asia implican un abordaje desde la complejidad y peculiaridades epidemiológicas, políticas y sociales, con un importante énfasis en la prevención y en las estrategias de IEC. Dado que algunos países, como China o Vietnam, han sido focalizados por la acción internacional y existe un progresivo compromiso político nacional, se pueden tomar como referencia las acciones que ONUSIDA^a está llevando a cabo. ■ Dentro del Plan de Actuación Especial (PAE) previsto por el Plan Director 2005-2008 para los países afectados por el Tsunami, el diseño de las actuaciones en el sector salud debe tener en cuenta las acciones y actores españoles implicados, así como la imprescindible armonización internacional (NNUU ha creado una Oficina Especial para el Tsunami, que dispone de amplia información de referencia sobre situación, actores y acciones, a nivel internacional, regional y local)⁵⁴ y el alineamiento con las acciones nacionales. El Gobierno de Sri Lanka, por ejemplo, ha creado la Agencia para la Reconstrucción y el Desarrollo (RADA), que llegará a ser una autoridad con mandato parlamentario en 2006⁵⁵. ■ Existen espacios y marcos de colaboración regionales e interregionales interesantes para la participación de la Cooperación Española, por ejemplo, ASEM⁵⁶ (Asia-Europe Meeting) un proceso de diálogo y cooperación informal iniciado en 1996 entre Estados miembros de la UE (entre ellos España), la Comisión Europea y trece países asiáticos (entre ellos algunos de los priorizados, como Filipinas, Vietnam, China o Camboya), para abordar temas políticos, económicos, sociales y de salud⁵⁷.

(Continúa)

^a Vietnam dispone de una Oficina de ONUSIDA (<http://www.unaids.org.vn/>), que es un buen marco de referencia de los actores y acciones nacional e internacional en el país. En lo que concierne a China, desde 1996 dispone de una oficina de ONUSIDA así como de un Grupo Temático VIH/SIDA de NNUU, en el que participa el Gobierno y ONG locales, así como organismos internacionales y está avanzando en marcos políticos, legislativos, etc. Ver: <http://www.unchina.org/unaids/eus9.html>.

^b La intervención en el Tsunami ha sido la operación bilateral de ayuda de emergencia más importante desarrollada durante 2005 por la Cooperación Española. Multitud de actores (AECID, CCCAA y corporaciones locales, ONG, etc) han participado en la financiación y/o ejecución de acciones, que en septiembre de 2005 representaban casi dos millones de euros. Por otra parte, ya en enero de 2005 el gobierno español comprometió 51 millones de euros para la reconstrucción, considerando nuevas aportaciones por parte de la AECID. Ver: <http://www.AECID.es/Default.htm>

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>1. Fortalecimiento de los sistemas y servicios públicos de salud. (Línea priorizada por los DEP de Marruecos, Mauritania y Población Saharaui^a).</p> <p>El fortalecimiento del sistema público y los servicios de salud se alineará con los procesos de reforma del sector que muchos de los países llevan a cabo, priorizando las siguientes actuaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Los procesos de descentralización contextualizada y gradual. b. Mejora de la calidad de los servicios básicos de salud, especialmente a nivel rural (gestión, asistencia, equidad, acceso por parte de la población vulnerable, etc.), apoyando la integración de niveles y programas en el marco de los distritos. c. Mejora del sistema de información sanitaria e integración progresiva de las TIC. d. Apoyo a la formación y promoción de recursos humanos sanitarios, reforzando la motivación, dedicación y capacitación del personal sanitario en el marco de una política común con los países socios. e. Apoyo en la búsqueda de la equidad y la sostenibilidad financiera. f. Fortalecimiento y mejora de la red pública hospitalaria. Formación en gestión hospitalaria y calidad asistencial. <p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud. (Línea priorizada por Marruecos, Mauritania y Población Saharaui).</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La salud de las mujeres debe ser una prioridad en esta área y las intervenciones irán encaminadas a la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, teniendo muy presente el enfoque de género y salud y los aspectos socio-culturales. Las acciones promoverán: 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En el marco de integración regional, la Cooperación Española en salud buscará reforzar el objetivo general del Proceso de Barcelona^b contribuyendo a la estabilidad y prosperidad en la zona y buscando la articulación de nuestras acciones bilaterales y las de la UE^c. ■ La Cooperación Española debe apoyar e integrar sus acciones en la denominada "Iniciativa Basada en la Comunidad" promovida por la OMS, que integra la salud con otras dimensiones del desarrollo (social, económico, medioambiental), y se compone de cuatro Programas (Necesidades Sociales Básicas, Ciudades Saludables, Aldeas Saludables, y Mujer y Desarrollo), priorizando sus componentes de acuerdo a la realidad de cada país⁶⁹. Esta iniciativa, al contemplar una dimensión medioambiental, permite, por ejemplo, la articulación intersectorial con el Programa Azahar de la AECID^d. ■ Las acciones en salud sexual y reproductiva deben articularse con iniciativas como el Proyecto Pan Árabe de Salud Familiar⁷⁰. Este Proyecto es ejecutado por la Liga Árabe, apoyado por la OMS, AGFUND, Federación Internacional de Planificación Familiar, Fondo de Desarrollo de la OPEP, Organización Islámica de Ciencias Médicas, ESCWA, UNICEF y FNUAP. Su objetivo es apoyar a los Ministerios de Salud y otras instituciones nacionales, en la disponibilidad y el uso adecuado de la información pertinente para formular, implementar, monitorear y evaluar las políticas y programas sobre salud familiar y reproductiva.

(Continúa)

^a Los DEP disponibles en esta región son Argelia, Marruecos, Mauritania, Población Saharaui y Túnez.

^b Iniciada en 1995, la Asociación Euro-Mediterránea, también llamada Proceso de Barcelona, es el principal marco para las relaciones políticas, sociales y económicas, así como para el diálogo y la cooperación regional en el Mediterráneo. En la Declaración de Barcelona (adoptada en la Conferencia de 1995) se subraya "la importancia del sector salud para el desarrollo sostenible y la intención de promover la participación de la comunidad en las acciones para mejorar la salud", y se contempla un programa de trabajo para este sector. La última conferencia se celebró en noviembre de 2005. Ver: http://europa.eu.int/comm/external_relations/euromed/index.htm

^c El principal instrumento financiero de la UE para esta asociación EuroMediterránea es el Programa MEDA, entre cuyos sectores de cooperación, dentro del ámbito de desarrollo social y humano, se contempla y define el sector salud. Ver http://europa.eu.int/comm/external_relations/euromed/meda.htm, y para sus características e implementación en el ámbito de la cooperación, en concreto para el sector salud: http://europa.eu.int/comm/europeaid/projects/med/sectors/b4_en.htm#Health

^d Programa de Cooperación al desarrollo en materia de desarrollo sostenible, protección del medio ambiente y conservación de recursos naturales en el Mediterráneo. En Azahar participan, además del Ministerio de Asuntos Exteriores a través de la AECID, los Ministerios de Agricultura, Pesca y Alimentación, de Medio Ambiente, de Economía y de Ciencia y Tecnología y las Comunidades Autónomas de Cataluña, Asturias, Andalucía, Murcia, Valencia, Castilla La Mancha, Canarias, Navarra, Madrid y Baleares Ver: <http://www.programa-azahar.org/>



(Continúa)

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>i. Mejora de la atención a la salud de las mujeres, reconociendo sus necesidades sanitarias a lo largo del ciclo de su vida.</p> <p>ii. La participación y corresponsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva, paternidad, planificación familiar, salud prenatal, materna e infantil prevención de enfermedades de transmisión sexual y educación.</p> <p>iii. La participación de las mujeres como agentes de salud en la toma de decisiones a todos los niveles: familiar, comunitario, ministerial.</p> <p>b. La salud infantil es otra de las grandes prioridades de la región y será necesario contribuir al fortalecimiento e integración de estos programas en los servicios básicos de salud con una adaptación regional⁵⁸. Además, la Oficina Regional de la OMS (EMRO) ha adaptado la Estrategia AIEPI a los países árabes que conforman esta zona^a, teniendo en cuenta la epidemiología local, recursos y sistemas de salud, terminología de las comunidades... La estrategia prioriza las siguientes acciones:</p> <p>i. Inmunización.</p> <p>ii. Control de enfermedades diarreicas.</p> <p>iii. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas.</p> <p>iv. Malaria, VIH/SIDA y Tuberculosis.</p> <p>v. Manejo integrado de las enfermedades del niño, haciendo más énfasis en el desarrollo del niño, en la participación de la comunidad, en la prevención y en la evaluación continuada.</p> <p>vi. Nutrición (el 24% de los niños de esta región padecen bajo peso).</p> <p>vii. Acción multisectorial, con especial hincapié en la lucha contra la pobreza y las enfermedades con ella asociadas, la mejora de las condiciones medioambientales, la educación y la movilización del capital social.</p> <p>viii. Salud de los adolescentes (la mayor parte de la población en los países árabes la constituyen adolescentes y jóvenes), con especial atención a embarazo no deseado y/o precoz, los hábitos alimentarios, el tabaco y el abuso de otras drogas. La estrategia prioriza el trabajo con los adolescentes pero también con los proveedores de cuidados de salud, los medios de comunicación, profesorado y los líderes religiosos de la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dado que en la reciente agenda política del mundo islámico se le ha otorgado una especial relevancia a la situación de la infancia⁷¹, (Primera Conferencia Ministerial Islámica sobre el Niño en 2005), se abren interesantes oportunidades para la Cooperación Española en esta área y la promoción de ciertos aspectos (protección, derechos, género, etc.) que influyen en la salud y el desarrollo infantil. Ello exige trabajar con actores y visiones que trascienden el sector salud, y deben regirse bajo las pautas estratégicas de alineamiento y apropiación. ■ En las actuaciones sobre el VIH/SIDA y coinfección VIH/TB, la Cooperación Española debe integrarse y apoyar las estrategias e iniciativas regionales de la OMS⁷², así como los Planes Nacionales de los países socios. ■ En relación a los accidentes de tráfico, la Cooperación Española puede aportar ejemplos de buenas e innovadoras prácticas, por ejemplo su experiencia de colaboración entre las instituciones sanitarias, otros sectores gubernamentales y la sociedad civil^b y debe apoyar iniciativas regionales, como la experiencia aportada por Jordania en este ámbito, declarado como país modelo en la 57^a Asamblea General de la OMS (en el 2004). ■ La singularidad de la situación y de las intervenciones en la Población Saharaui y Territorios Palestinos, plantean importantes desafíos de índole estratégica y operativa en cuanto a la articulación de las acciones de ayuda humanitaria y de atención primaria de salud y las implicaciones que ello conlleva (organización, gestión, sostenibilidad, etc.), que deben ser tenidos en cuenta a la hora de la formulación y la implementación^{73, 74, 75}.

(Continúa)

^a Por ejemplo, la Oficina regional de la OMS ha realizado una adaptación de la Guías de AIEPI por países, teniendo en cuenta la epidemiología local, recursos y sistema de salud, terminología de las comunidades, etc. Disponible en: <http://www.emro.who.int/cah/IMCI-Adaptation.htm#Section4>

^b Como las iniciativas del Ministerio de Sanidad y Consumo español (<http://www.msc.es/ciudadanos/accidentes/accidentesTrafico/home.htm>) y la Dirección General de Tráfico.

(Continúa)

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<p>3. Lucha contra el VIH/SIDA y la Tuberculosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si bien la prevalencia del VIH/SIDA en los países priorizados de la región es baja, el número de casos va aumentando^a en un contexto de superación de cierta invisibilidad e inacción^{59, 60}. Además, hay que tener en cuenta las situaciones locales, pues en Mauritania⁶¹, por ejemplo, la prevalencia de VIH entre mujeres que asisten a la consulta prenatal en dos de las áreas priorizadas por la Cooperación Española (Nuakchott y Nua-dibú), son respectivamente de 0,3% y de 1% (mientras que a nivel nacional se estima en 0,6%) . Se requiere, por tanto, promover y apoyar actuaciones de sensibilización, educación y prevención, tanto a nivel político como de la sociedad civil, fortaleciendo los débiles sistemas de información para el VIH/SIDA y las ETS, en el marco de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva y teniendo en cuenta el abordaje y peculiaridades socio-culturales. ■ La Tuberculosis es un problema importante de Salud Pública en 19 países árabes de la región: afecta a 240.000 personas y 53.000 mueren cada año. Por eso es necesario abordar el control de la enfermedad en ciertos países de la región que presentan altas tasas de incidencia y prevalencia⁶² (existen tres con una alta tasa de incidencia -superior a 100/100.000): Irak (167), Mauritania (188) y Marruecos (114)- y donde existe un aumento de la tasa de coinfección con VIH/SIDA⁶³. <p>4. Mejora de prevención y manejo de cuestiones sanitarias en situaciones de conflicto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dada la singularidad de la situación de los Territorios Palestinos las actuaciones combinarán estratégicamente actuaciones a corto y largo plazo, que permitan dar respuesta a problemas prioritarios (como los sexuales y reproductivos o los derivados de la violencia, tanto general como la sexual), al mismo tiempo que se apoya a nivel descentralizado y en el marco de la APS la construcción y desarrollo de un sistema sólido y equitativo y servicios públicos de salud (apoyo en recursos, asistencia técnica, formación RRHH, etc.)⁶⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En los Territorios Palestinos las actuaciones se enmarcarán: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro del proceso de construcción de la paz y de un futuro Estado Palestino y de su actual crisis económica⁷⁶, teniendo en cuenta las evaluaciones y experiencias adquiridas al respecto desde los Acuerdos de Oslo⁷⁷. • Dada la fragmentación de las actuaciones y la multiplicidad de actores internacionales y locales que proveen servicios de salud^b, así como los desafíos en formulaciones estratégicas y de planificación, la Cooperación Española, sobre todo a partir de sus ONG como actores claves, debe fortalecer y participar de manera prioritaria en los mecanismos y espacios de coordinación como por ejemplo el "Health Inforum"^c o el Ministerio de Asuntos de ONGD⁷⁸. • La Cooperación Española se alineará y apoyará los planes nacionales de desarrollo, como el elaborado por el Ministerio de Salud ("Plan de Desarrollo a Medio Plazo 2006-2008")⁷⁹, en el que se definen objetivos estratégicos o el "Plan Nacional de Acción para el Niño Palestino"⁸⁰ elaborado en 1996 con la participación de varios Ministerios, ONG y agencias internacionales.

(Continúa)

^a Aunque la vigilancia del VIH sigue siendo deficiente en esta región, se dispone de información más exhaustiva en algunos países (incluidos Argelia y Marruecos). Los datos disponibles ponen de manifiesto una tendencia al alza de las infecciones por el VIH (especialmente en los grupos de menor edad) en países como Argelia y Marruecos. ONUSIDA. Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2005. <http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+region/north+africa+and+the+mide+east.asp>

^b Aparte de los actores internacionales, entre los que la UNRAW (Agencia de Naciones Unidas para la Ayuda a los Refugiados Palestinos, que comenzó a operar en 1950) juega un especial papel, en Palestina existe una amplia variedad de proveedores de servicios de salud: el Ministerio de Salud, ONG, los Servicios Médicos para la Policía y la seguridad General (MSP), así como un nutrido sector privado lucrativo. La importancia de las ONG, es notable pues este sector es responsable de 275 centros de atención primaria, es decir el 36,3 % de todos los centros APS.

^c El "Health Inforum" fue establecido en 2002 entre la OMS, la Cooperación Italiana y USAID, como recurso de información y mecanismo de coordinación sectorial. Ver: <http://www.healthinforum.org/>.



(Continúa)

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ■ La Población Saharaui requiere priorizar tanto el apoyo permanente a la red de servicios de salud para la realización de una estrategia de salud como mejorar la eficacia de la ayuda. Hay que prestar también especial atención a los recursos, la coordinación y la capacitación del personal sanitario, la sostenibilidad de los programas, así como el abordaje de los problemas de salud sexual y reproductiva y de salud infantil. La situación nutricional de la población (que depende casi exclusivamente de la ayuda humanitaria y de las intermitencias en su aprovisionamiento), incide directamente en problemas de salud, con un índice de desnutrición que según ACNUR se mantiene en el 10%. <p>5. Otras enfermedades prevalentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los accidentes de tráfico han sido priorizados por la OMS como un problema de salud pública, dada la carga de enfermedad, mortalidad, costos sanitarios e impacto socioeconómico^{65, 66} que conllevan. En la región suponen la sexta causa de muerte y enfermedad con una tasa de mortalidad en la región de 26,4/100.000, la más alta del mundo después de África Subsahariana. Los grupos de riesgo por edad son aquellos entre 5 y 14 años, siendo la tercera causa de muerte y enfermedad y entre los 15-49 años (5ª causa de muerte y tercera de enfermedad). El grupo de mayor riesgo son los varones adultos. La población más afectada corresponde principalmente a los países de más baja renta y a los grupos más pobres de la población. Por otra parte se ha calculado que los accidentes de tráfico significan un costo del 1,5 % del PIB de la región. Por todo ello, se deben priorizar actuaciones dirigidas a sensibilizar a las autoridades sanitarias, así como promover y apoyar las campañas de educación y prevención, integrándolas en el medio escolar y en el nivel de atención primaria de salud. ■ Se deben formular actuaciones dirigidas al problema de la violencia, prioritariamente en sus formas de: <ul style="list-style-type: none"> ■ Violencia familiar,(en todas sus formas y contextos, especialmente tanto de género como de maltrato y descuido infantil)^{67, 68}; ■ Violencia por la guerra (en los casos de Palestina e Irak); reforzando las actuaciones con acciones de educación y sensibilización que la Cooperación Española lleva a cabo en esas zonas. <p>6. Conocimiento e innovación</p> <p>El apoyo a la formación y la investigación en salud, así como a las instituciones públicas claves, debe ser un área que la Cooperación Española debe seguir desarrollando y fortaleciendo, así como las acciones dirigidas a promover los espacios y redes de colaboración en estos temas, tanto intrarregionales, como con España y eventualmente otros ámbitos europeos e internacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Cooperación Española reforzara los mecanismos de cooperación triangular.

(Continúa)

EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

LÍNEAS Y ACTUACIONES PRIORITARIAS

1. Apoyo a la capacitación de recursos humanos sanitarios.
2. Apoyo a la integración de prioridades horizontales de la Cooperación Española en los marcos normativos y políticos de salud a nivel regional y nacional.
3. Apoyo a los sistemas de salud públicos y en particular a los sistemas de seguridad social, así como a su financiación equitativa y sostenible para facilitar su plena integración en la Unión Europea.
4. Mejora de la calidad y acceso a los servicios básicos de salud, atendiendo fundamentalmente al componente de salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva (línea priorizada en el borrador PAE de Albania)



Anexo IX. Notas de anexos

- 1 **PNUD** (1995). Informe sobre el Desarrollo Humano, 1995.
- 2 **PROGRAMA VITA** (2005). Medio Ambiente y Salud en África. Manual para agentes de salud, agrícolas, maestros y educadores comunitarios. AECID.
- 3 **Banco Mundial**. Sourcebook on emerging good practice in Managing for Development Results
- 4 **Moore M.** (1996). Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance. Discussion Paper No.7. Ginebra: OMS.
- 5 **OMS/Health Action Internacional** (2003). Precios de los medicamentos: Una nueva forma de medirlos.
- 6 **Comisión Europea** (2005). EU Strategy for Action on the crisis in Human Resources for Health in Developing Countries 2005.
- 7 **FNUAP** (2004). Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations. Case Studies from Country Programmes. Disponible en: <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=172&filterListType=1>
- 8 **OMS, UNFPA y ACNUR** (1999). Salud Reproductiva en población refugiada: un manual de trabajo interagencias.
- 9 **UNICEF/ONUSIDA** (2004). Marco para la Protección, Asistencia y Apoyo de los Huérfanos y Niños Vulnerables viviendo en un mundo con VIH/SIDA.
- 10 **Diwan V., et al. eds.** (1998) Gender and Tuberculosis . An international research workshop. May 24-26, 1998. Göteborg: The Nordic School of Public Health.
Uplekar M. et al. (1999) Gender and Tuberculosis Control: Towards a strategy for research and action. Draft strategy paper prepared for Communicable Disease Prevention, Control and Eradication. Ginebra: OMS
- 11 **Global Forum for Health Research** (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva: Global Forum for Health Research.
Disponible: <http://www.globalforumhealth.org/>
- 12 **OMS** (2002). Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005.
- 13 **Sojo, D., et al.** (2005). Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación.
- 14 **Programa VITA** (2005). Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África. AECID.
- 15 **OMS**. Report of the Interregional Meeting on the Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care. Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987. Ginebra: OMS, DSH, 1987).
OMS. Operational support for primary health care; the role of the district level in accelerating health for all Africans; technical discussions. Brazzaville: World Health Organization (WHO), Regional Office for Africa, 1987
- 16 **NEPAD** (2005): Health strategy: initial programme of action . (Pag. 7) Disponible en <http://www.nepad.org/2005/files/documents/130.pdf>
- 17 **PNUD Proyecto del Milenio** (2005). Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: PNUD. (pág 93).
Disponible en: http://www.unmillenniumproject.org/reports/fullreport_spanish.htm
- 18 **Global Health Workforce Alliance**. Informe estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud.
Disponible en: <http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>.

- 19 **Foro de Alto Nivel sobre los ODM en Salud** (2004). Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action.
Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>
- 20 **OMS-AFRO/Banco Mundial** (2002). Building strategic partnerships in education and health in Africa. Consultative meeting on Improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development. Workshop sponsored by AFRO and World Bank, Addis Ababa, February 2002.
Disponible en: <http://afro.who.int/hrd/index.html>.
- 21 **Tawfik L, Kinoti SN** (2003). The impact of HIV/AIDS on the health workforce in sub-Saharan Africa. Support for Analysis and Research in Africa Project (SARA). Washington, DC: USAID,
- 22 **De Renzio** (2005). Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa. ODI Briefing Paper, May 2005.
Disponible en: <http://www.odi.org.uk>
- 23 **Berry C.H. et al.** (2004). Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments. PRDE Working Paper 3.
Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/>.
- 24 **Branchflower A. et al.** (2004). How Important Are Difficult Environments to Achieving the MDGs? PRDE Working Paper 2. UK Department for International Development.
Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/>.
- 25 **High-Level Forum on the Health MDGs**. Achieving the Health Millennium Development Goals in Fragile States. December 2004 - Abuja, Nigeria.
Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FragileStates.pdf>
- 26 **NEPAD**. Health strategy: initial programme of action.
Disponible en: <http://www.nepad.org/2005/files/documents/130.pdf>
- 27 **Unger J.P.** (2003). A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Mgmt*; 18: S27-S39.
Oliveira-Cruz V, et al. (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15: 67-86.
Mills A. (1983). Vertical vs. horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine* 17(24): 1971-1981.
- 28 **Van Lerberghe W.** (1993). Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bulletin Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer* 39: 205-230).
- 29 **Proyecto del Milenio** (2005). Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: PNUD.
- 30 **OPS**. Género, Salud y Desarrollo en las Américas, Indicadores Básicos 2005.
Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderBrochureSP05.pdf>
- 31 **Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas**.
Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/symposium.htm>
- 32 **OPS** (1999). Número especial sobre la violencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Abril-Mayo:1-372.
García Moreno C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Washington: OPS.
OMS (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm
- 33 **UE** (2002). Informe estratégico regional sobre América Latina Programación 2002-2006. Disponible en: http://www.europa.eu.int/comm/external_relations/la/rsp/02_06_es.pdf



- 34 **OPS** (2004). Informe del Grupo de trabajo sobre ADPIC y Acceso a medicamentos. Managua, abril 2004.
Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/th/s/ev/acceso_intelectual_inf_nicaragua.pdf
- 35 **OPS** (2006). Plan Regional de VIH/ETS para el Sector Salud 2006-2015 en las Américas Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf
- 36 **OMS** (2004). Bi-regional Consultation on Strengthening Health Information System in Asia & the Pacific, Report of Meeting Bangkok, Thailand, 13-15 December 2004.
Disponible en:
<http://w3.who.sea.org/EN/Section1243/Section1382/Section1403/Section1893.htm>
- 37 **Comisión Económica para Asia y Pacífico** (2004). Health and Mortality in the Asian and the Pacific Region. Asian Population Studies Series No. 163, 2005.
Disponible en: <http://www.unescap.org/esid/psis/population/popseries/apss163/index.asp>
Comisión Económica para Asia y Pacífico (2003). Population and Development Selected Issues. Asian Population Studies Series No. 161
- 38 **Wagstaff A., Claeson M.** (2004). The millennium development goals for health : rising to the challenges. Washington, DC : World Bank.
- 39 <http://www.wpro.who.int/countries/mdg/goals/goal3.htm>
- 40 **OMS-WP** (2005). Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youths in Viet Nam. A review of literature and projects 1995-2002.
OMS-WP (2005). Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youths in the Philippines. A review of literature and projects 1995- 2003.
Disponibles en: http://www.wpro.who.int/health_topics/reproductive_health/publications.htm
- 41 http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html
- 42 **OMS** (2005). Global leprosy situation, 2005. Weekly epidemiological record. 80: 289–296.
- 43 **High Level Forum on the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific.** Turning Promises into Progress: Attaining the Health MDGs in Asia & the Pacific. Background Paper on the High Level Forum on the Health MDG in Asia and the Pacific; Tokyo, 21 - 22 June 2005.
Disponible en: ftp://ftp.wpro.who.int/scratch/hin/MDG/Turning_Promises_into_Progress.pdf
- 44 **Monitoring the AIDS Pandemic Network** (MAP) (2004). AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia. Ginebra.
Disponible en: <http://www.mapnetwork.org/reports.shtml>
- 45 **Ministerio de Salud de Vietnam** (2005). HIV/AIDS estimates and projections 2005-2010. General Department of Preventive Medicine and HIV/AIDS Control, Ministerio de Salud. Hanoi.
Disponible en:
http://www.unaids.org.vn/resource/topic/epidemiology/e%20&%20p_english_final.pdf.
Hien NT et al. (2004). HIV/AIDS epidemics in Vietnam: Evolution and responses. AIDS Education and Prevention, 16 (Supplement A):137-154.
- 46 **OMS** (2005). Global tuberculosis control: Surveillance, planning financing. WHO report 2005. Geneva: World Health Organization.
OMS-SEARO/WP (2005) Tuberculosis Control in South-East Asia and Western Pacific Regions. A Bi-Regional Report.
Disponible en: http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9290611960.htm
- 47 **Johansson E et al** (2000) Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. Health Policy 52(1):33-51. Hamid Salim MA et al (2004). Gender differences in tuberculosis: a prevalence survey done in Bangladesh. Int J Tuberc Lung Dis. 8(8):952-7.

- 48 **ESCAP/FNUAP** (2004). Implementing the ICPD Agenda: 10 Years into the Asia-Pacific Experience. A Status Report. Asian Population Studies Series No. 162
- 49 <http://www.asia-initiative.org/index.html>
- 50 <http://www.unescap.org/esid/psis/population/popin/popin.asp>
- 51 **OMS** (2005). Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases. Disponible en: <http://www.wpro.who.int/sites/csr/>
- 52 **OMS** (2005) "Respuesta a la amenaza de una pandemia de gripe aviar. Medidas estratégicas recomendadas"
Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-SP.pdf Oficina Regional de Asia Suroriental (<http://w3.who.int/EN/Section10/Section1027.htm>), Pacífico Occidental (http://www.wpro.who.int/health_topics/avian_influenza/overview.htm).
- 53 **FAO** (2005). <http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/en/health/diseases-cards/27septrecomm.pdf>, http://www.fao.org/ag/againfo/resources/documents/empres/AI_globalstrategy.pdf
- 54 **NNUU**, 2005. <http://www.tsunamispecialenvoy.org/default.aspx>.
OMS, 2005. http://www.who.int/hac/crises/international/asia_tsunami/en/index.html
- 55 **SRI LANKA**, 2005. Post-Tsunami Recovery and Reconstruction - Joint report of the Government of Sri Lanka and its development partner, December 2005. Disponible en: http://www.tafren.gov.lk/portal/resources/GoSL_Partners_FinalLRVersion_Tsunami1yrsReport_Dec05.pdf
- 56 **UE**, http://europa.eu.int/comm/external_relations/ase/intro/
- 57 **ONUSIDA**, <http://www.unaids.org.vn/event/ase05.htm>
- 58 **OMS/EMRO** (2001). Overview of child health in Arab countries. Disponible en: <http://www.emro.who.int/cah/pdf/childhealth-arabcountries.pdf>
- 59 **ONUSIDA** (2004). UNAIDS at Country Level Progress Report. Capítulo 3 (Norte de África y Oriente Medio) Disponible en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1048-countrylevel_en_pdf.htm
- 60 **Jenkins C et Robalino D** (2003). HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction. Washington: Banco Mundial.
- 61 **ONUSIDA** (2004). Mauritania : epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Disponible en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/fact-sheets01/mauritania_en_pdf.htm
- 62 **OMS**, (2005). Global tuberculosis control: Surveillance, planning financing. WHO report 2005. Geneva: World Health Organization.
- 63 **Gillini L, Seita A** (2002). Tuberculosis and HIV in the Eastern Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal 8(6): 699–705
- 64 **Ministerio Palestino de Salud** (2005). Health Status in Palestina. Annual Report 2004. . Disponible en: <http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=5&pranchid=59&action=details&serial=727>
- 65 **OMS/Banco Mundial** (2004). Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/es/index.html
- 66 **Nantulya, VM and Reich, MR**, (2003). Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. Injury Control and Safety Promotion 10 (1–2) : 13–20.



- 67 **Heise, Lori, Mary Ellsberg, and Megan Gottemoeller.** 1998. Ending violence among women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Population Information Program, John Hopkins University School of Public Health.
- 68 **International Clinical Epidemiology Network (INCLIN),** 2000. WorldSAFE and IndiaSAFE: Studying the prevalence of family violence. INCLIN Monograph Series on Critical International Health Issues, Monograph 9. Philadelphia: INCLIN
- 69 <http://www.emro.who.int/cbi/index.htm>
- 70 http://www.papfam.org/arab_league/default.htm
- 71 **OIC** (2005). Declaración de Rabat sobre Cuestiones del Niño en los Estados Miembros de la Organización de la Conferencia Islámica. Primera Conferencia Ministerial Islámica sobre el Niño (Rabat, 7-9 de noviembre de 2005). Disponible en: <http://www.oic-oci.org/press/english/old/November%202005/chiled-conf.htm>
- UNICEF/ OIC/ ISESCO** (2005). Investing in children of the Islamic world. New York: UNICEF. Disponible en: HTTP://WWW.UNICEF.ORG/PUBLICATIONS/FILES/INVESTING_CHILDREN_ISLAMIC_WORLD_FULL_E.PDF
- 72 **OMS/EMRO** (2005). Strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in the WHO Eastern Mediterranean Region (2006–2010). Disponible en: http://www.emro.who.int/asd/pdf/Strategy_HIV-AIDS_06-10.pdf;
- OMS/EMRO** (2005). An HIV/TB strategy for the Eastern Mediterranean Region: 2006-2010. Disponible en: http://www.emro.who.int/asd/pdf/Strategy_HIV-TB_06-10.pdf
- 73 **Grodos D** (1988). De l'aide d'urgence aux soins de santé primaires. Difficultés, pièges, enjeux. Médecine Tropicale 48(1):53-63
- 74 **Van Damme WI, Van Lerberghe WI, Boelaert M.** (2002). Primary health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework. Health Policy and Planning 17(1):49-60.
- 75 **Dick B, Simmonds S.** (1985). Primary health care with refugees: between the idea and the reality. Tropical Doctor 15(1):2-7.
- 76 **Palestinian Central Bureau of Statistics/World Bank** (2004). Poverty in the West Bank and Gaza After Three Years of Economic Crisis. Disponible en: [http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Poverty+Report/\\$File/Poverty+Eng+final.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Poverty+Report/$File/Poverty+Eng+final.pdf)
- 77 **Giacaman R, Abdul-Rahim HF, Wick L.** (2003) Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees? Health Policy and Planning 18(1):59-67.
- 78 **“Ministerio de Asuntos de ONG”.** Ver: <http://www.mongoa.gov.ps/English/home.htm>
- 79 <http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=8&pranchid=61&action=details&serial=843>
- 80 <http://www.npasec.gov.ps/about.htm>